

## FORMULARIO DE INCLUSIÓN A PROGRAMA DE GASTOS MÉDICOS CON DECLARACIÓN DE SALUD

### DATOS DE LA EMPRESA

### DATOS DEL BENEFICIARIO DEL PROGRAMA

Nombre completo:	Identificación:	Fecha de nacimiento:
------------------	-----------------	----------------------

Peso	Estatura	Email:
------	----------	--------

Cuenta Cliente IBAN para pago de reclamos (22 dígitos)

<input type="text"/>	COLONES <input type="checkbox"/>	DÓLARES <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------------	----------------------------------

### DEPENDIENTES

Nombre completo:	Identificación:	Parentesco:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGUE <input type="checkbox"/>

### ANTECEDENTES

Nombre del beneficiario:	Teléfono:
--------------------------	-----------

Nombre del médico:	Especialidad:	Teléfono:
--------------------	---------------	-----------

1. Presenta algún tipo de enfermedad, tratamiento que esté realizándose actualmente:  Si  No, explique

  

2. Tiene usted un seguro de gastos médicos:  Si  No, indique el nombre de la aseguradora

3. Tiene usted un alguna enfermedad pre-existente:  Si  No, explique

  

4. Actualmente toma algún tipo de medicamento:  Si  No, cuáles

  

5. Se encuentra el beneficiario del plan o sus dependientes en estado de embarazo:  Si  No Quién es:

Cuántas semanas de gestación tiene:

