



Número de Póliza: \_\_\_\_\_

## Datos del Asegurado

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA ____/____/____	Edad ____	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID ____	Tipo de ID ____	País de Nacimiento ____

1. ¿Qué tipo de artritis padece usted?

2. Datos del doctor que lo atiende:

Nombre: ____	Dirección: ____	Teléfono: ____
-----------------	--------------------	-------------------

3. Indicar Fecha exacta de diagnóstico.

4. ¿Qué articulaciones tiene usted afectadas?

5. ¿Cuál es el grado de su incapacidad?

6. ¿Cuáles son sus síntomas actuales?

7. ¿Precisa de algún tipo de ayuda u objeto para caminar? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique el objeto)8. ¿Ha sido usted operado por esta condición o tiene planificado hacerlo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles completos, incluyendo fechas)

9. ¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado y/o está tomando actualmente?

Nombre de los medicamentos: ____	Dosis: ____	Fechas: ____
-------------------------------------	----------------	-----------------

10. ¿Ha tomado alguna vez esteroides? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite fechas y dosis)11. ¿Sigue usted un control y/o seguimiento médico? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)



12. ¿Ha estado usted incapacitado por esta condición? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indique fechas y duración)

13. Notas o comentarios adicionales

### Declaración y Firma del Asegurado

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender, y autorizo a la Compañía a la verificación de las mismas. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida/plan de educación/plan de retiro. Cualquier declaración falsa será considerada fraude. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Fecha