

SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA FORMULARIO DE RESPUESTAS AL MEDICO EXAMINADOR

Como Continuación y Parte de mi Solicitud de Seguro Individual de Vida

1. Asegurado Propuesto	Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año	Ocupación
------------------------	----------------------------------	-----------

- a) Nombre y dirección del último médico consultado _____
- b) Fecha y razón de la última consulta _____
2. c) Tratamiento y/o medicinas recetadas _____
- d) Nombre y dirección de su médico personal (si no tiene, escriba NO) _____

3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas o enfermedades o ha recibido tratamiento a causa de ellos? SI NO
- a) ¿Asma, pulmonía, bronquitis, enfisema, tuberculosis, o alguna enfermedad o desorden de los pulmones o sistema respiratorio?
- b) ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, parálisis, o trastorno mental o nervioso?
- c) ¿Albumina o sangre en la orina, enfermedades venéreas u otros trastornos renales, uréter, vejiga, uretra o próstata?
- d) ¿Reumatismo, artritis, o desorden de los músculos, huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda?
- e) ¿Deterioro de la vista u oídos, alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos, nariz o garganta?
- f) ¿Dolor en el pecho, ataque cardíaco, hipertensión arterial, palpitaciones, soplo cardíaco, flebitis, coágulos, u otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio?
- g) ¿Úlcera, colitis, hernia, hepatitis u otro desorden del estómago, hígado intestinos o vesícula biliar?
- h) ¿Cáncer u otros tumores?
- i) ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?
- j) ¿Anemia u otro desorden sanguíneo?

Detalles de las respuestas afirmativas.
Identifique el número de la pregunta y trace un círculo alrededor de los casos pertinentes. Incluya los diagnósticos, fechas, duración, así como nombres y direcciones de los médicos e instituciones médicas que le prestaron servicios.

4. ¿Ha sido usted objeto de diagnóstico o ha sido tratado por un miembro de la profesión médica como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejo Relacionado con el SIDA?

5. ¿Ha usado usted:

a) ¿Heroína, cocaína, u otros narcóticos?

b) ¿LSD, marihuana, u otras drogas similares?

6. ¿Ha sido usted arrestado o ha recibido tratamiento por uso de drogas o alcohol?

7. Durante los últimos cinco (5) años, ha usted consultado, o ha sido tratado o examinado:

a) Por un médico o profesional no mencionado anteriormente por cualquier otra razón?

8. ¿Durante los últimos doce (12) meses, ha usted fumado cigarrillos?

9. Antecedentes de familia: tuberculosis, diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca o renal, enfermedad mental o suicidio?

	Edad, si viven	Razón de Fallecimiento?	Edad al Fallecer
Padre			
Madre			
Hermanos (as)			
No. Vivos			
No. Muertos			

10. **PARAMUJERES SOLAMENTE** SI NO

a) ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, embarazo, en los órganos sexuales o en los senos?

b) ¿Está usted embarazada?

Todas las declaraciones y respuestas que aparecen arriba son correctas y exactas a mi leal saber y entender y convengo que las mismas serán consideradas como parte de mi solicitud para inducir a BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. a emitir la Póliza o contrato de seguro solicitado.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros, la oficina de información médica, Inc (en Estados Unidos de Norte América) que posee información sobre mi persona, para que suministre a BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. o a su (s) reasegurador (es) toda la información que le seas solicitada. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Testigo _____
Firma del examinador médico
Firma del Asegurado propuesto

REPORTE CONFIDENCIAL DEL MEDICO EXAMINADOR

Detalles de las Respuestas Afirmativas

Para Hombres Solamente:				
11. Estatura (calzado) ____ mts. ____ cms.	Peso (vestido) ____ kgs.	Pecho (inspiracion) ____ cms.	Pecho (expiracion) ____ cms.	Abdomen en el ombligo ____ cms.

12. ¿Tiene apariencia enfermiza o mayor que su edad? SI NO

13. Pulso: En reposo Después de ejercicios 3 minutos más tarde

Pulsaciones			
Irregularidades por min.			

14. Presión Arterial: Sistólica 1. _____ 2. _____ 3. _____
Diastólica (cesación del sonido) _____
(si mayor de 140 o 90, reporte varias lecturas)

15. ¿Ha recibido el asegurado propuesto algún tratamiento por hipertensión? SI NO

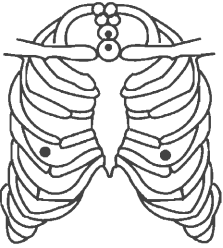
16. ¿Hay evidencia de arterioesclerosis? SI NO

17. Corazón:

¿Hay Hipertrofia? SI NO Disnea? SI NO
Soplo? SI NO Edema? SI NO

(Describe a continuación - si hay más de uno, describa por separado)

Situación	Soplo 1	Soplo 2
Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diastólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suave (Gr. 1-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mod (Gr. 3-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta (Gr. 5-6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después del ejercicio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminuyó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sus comentarios e impresiones:

18. ¿Su examen indica alguna anomalía pasada o presente en lo siguiente? (trace un círculo alrededor de los casos pertinentes y de detalles)

	SI	NO
a) Ojos, oídos, nariz, boca, faringe (si la visión o el oído están deteriorados, indique en que grado y corrección)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Piel (incluya cicatrices), ganglios linfáticos, venas varicosas o arterias periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sistema nervioso (incluya reflejos y parálisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Abdomen (incluya cicatrices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sistema génito - urinario (incluya la próstata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sistema endócrino (incluya tiroides y senos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sistema muscular y óseo (incluya espina dorsal, coyunturas, amputaciones, deformaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿Hay hernias? SI NO

20. ¿Sabe usted de alguna historia médica adicional? (Puede enviarse un reporte confidencial al director médico?) SI NO

21. Urinálisis - Resultados del análisis de orina realizado por el médico examinador - ¿Presencia de azúcar? _____ ¿Presencia de proteína? _____ ¿Densidad? _____
¿Se envía una muestra para el examen? SI NO

Debe enviarse una muestra a la oficina principal y/o sucursal (o laboratorio local) si:

a) El médico encuentra anomalías en la orina o si hay historia de anomalías.
b) El Asegurado propuesto tiene o ha tenido alguna vez la presión alta.

Certifico haber examinado al asegurado propuesto a las _____ A.M. _____ P.M. _____ el día _____ de _____ de 20 _____
El examen fue hecho en _____ mi consultorio _____ residencia del Asegurado propuesto _____ Otro lugar _____
Nombre del examinador médico _____ Firma del examinador médico _____
Dirección del examinador médico _____
Número de seguro social o número de identificación para impuestos _____
¿Es usted un examinador médico aprobado por la Compañía? SI NO
Nombre de la agencia / agente Asesor Productor de Seguros _____ Firma del Asegurado propuesto _____

Nota: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No. SBS-INSP-2006-152 del 12 de abril 2006

