

13	Cáncer, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, protuberancia o tumor de cualquier tipo. Trastornos de la sangre, tumores, masas, leucemia, linformas.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	Enfermedades del Sistema Osteomuscular: huesos, articulaciones y músculos, incluyendo, pero sin limitarse a: escoliosis, enfermedad de disco, vértebra, o cualquier otra afección de espalda, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis o inflamación, espina bifida, síndrome del túnel carpiano.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15	Trastornos gastrointestinales, hígado, páncreas, trastornos de la vesícula biliar, Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo, pero sin limitarse a: reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastornos del recto y del colon, polipos intestinales, hemorroides.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16	Enfermedades del Sistema Respiratorio tales como: tos crónica, asma, tuberculosis, enfisema, bronquitis crónica, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), faringitis.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17	Enfermedades del Sistema Génito-urinario (tumores o enfermedades de la próstata, riñones, insuficiencia renal crónica o aguda, diálisis, vejiga, tumores mamarios, quiste de ovarios, sangrado genital fuera de la menstruación, útero y trompas).	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18	Trastornos mentales y del sistema nervioso incluyendo, pero sin limitarse a: psicosis, esquizofrenia, depresión, trastornos bipolares, trastornos del comportamiento, abuso o dependencia a sustancias químicas o drogas, alcoholismo, consejería psiquiátrica o grupos de apoyo, ansiedad, fatiga crónica, o trastornos alimenticios.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19	Trastornos neurológicos, incluyendo, pero sin limitarse a: esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, esclerosis lateral amiotrófica (Enfermedad de Lou Gehrig (ALS)), mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral, o ataques isquémicos cerebrales transitorios.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20	Trastornos autoinmunes, incluyendo, pero sin limitarse a: Tiroiditis de Hashimoto, anemia perniciosa, Enfermedad de Addison, Artritis Reumatoidea, Lupus Eritematoso o Sistémico, dermatomiositis, Síndrome de Sjogren, esclerosis múltiple, miastenia grave, Síndrome de Reiter, bocio tirotóxico difuso, Enfermedad de Graves, anemia hemolítica autoinmune, hepatitis autoinmune, hemaglobinopatía.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21	Ojos, oídos, nariz, boca garganta o mandíbula, incluyendo, pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, o trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22	Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo pero sin limitarse a: VIH, SIDA, Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23	Accidentes, heridas o fracturas	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
24	Cualquier otra enfermedad, problema médico, mal, lesión, o afección de cualquier tipo no mencionada.	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, especifique:

Nº de pregunta	Nombre del paciente	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Estado actual	Fecha Día/mes/año	Nombre del médico o clínica

Favor leer detenidamente

1. Yo, el Solicitante de Afiliación, por la presente declaro bajo la fe del juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las contestaciones a las mismas y las informaciones y afirmaciones establecidas en la misma, son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que Aseguradora ABANK S.A. SEGUROS DE PERSONAS evalúe la suscripción del Plan de Salud que he solicitado previo al cumplimiento de las condiciones del contexto y consienta en suscribir el Contrato y emitir el o los Planes correspondiente(s) en virtud de las especificaciones contenidas en esta Solicitud. Por la razón antes expuesta, convengo de cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en las informaciones suministradas por mí dará lugar a la nulidad del Contrato y su correspondiente rescisión sin perjuicio de la terminación por incumplimiento y otras responsabilidades que pudieran derivarse por este hecho, sin que ello conlleve responsabilidad para Aseguradora ABANK S.A. SEGUROS DE PERSONAS. De igual modo, convengo que en el caso de que Aseguradora ABANK S.A. SEGUROS DE PERSONAS acepte esta solicitud, los Planes de Salud contratados surtirán efecto a partir de la fecha de la afiliación del Afiliado establecida en el Carné de Afiliación, previo cumplimiento de las condiciones de Plan de Salud que he solicitado previo al cumplimiento de las condiciones del contrato.

2. Aseguradora ABANK, S.A. SEGUROS DE PERSONAS se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción.

3. Yo, el Solicitante de la Afiliación, autorizo a cualquier médico profesional, hospital, o clínica, agencia gubernamental u otra PSS, a proveer a Aseguradora ABANK, S.A. Seguros de Personas las informaciones que le sean requeridas sobre mi estado de salud, cuidado o tratamiento o el de mis dependientes, incluyendo copias de registros, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. De igual modo, autorizo a ASEGURADORA ABANK, S.A. SEGUROS DE PERSONAS a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito únicamente para fines de evaluación de la presente Solicitud de Afiliación, a tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones y demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por las causas antes citadas.

_____ Fecha / Día / Mes / Año
Firma del solicitante

_____ Fecha / Día / Mes / Año
Firma y sello del contratante

Para ser completado por Aseguradora ABANK, S.A. Seguros de Personas

Intermediario	Código	Fecha / Día / Mes / Año
Gerente de negocios		
Resultado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Declinado <input type="checkbox"/> Pospuesto	Fecha de aceptación / Día / Mes / Año	
Exclusiones		
Observaciones		
Fecha / Día / Mes / Año		Firma autorizada