



Tiene usted o sus dependientes cirugías, procedimientos o tratamientos pendientes?

SI  NO

Especifique que procedimientos y a quien se le efectuarán: \_\_\_\_\_

Ha sido sometido a alguna cirugía

SI  NO

Si es positivo, especifique tipo de cirugía y quien fue sometido: \_\_\_\_\_

**En caso de Embarazo en Proceso:**

Especificar quien: \_\_\_\_\_ Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Tiempo de Embarazo: \_\_\_\_\_ Centro Médico: \_\_\_\_\_

Solicito ser miembro de los planes de Servicios Médicos voluntarios, por los cuales soy o podría ser elegible. Autorizo a BMI, Compañía de Seguros, S. A. a obtener toda la información que considere necesaria respecto a exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan, a mí o a las personas por incluirse en el plan solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, la Oficina de información médica o institución que posea esta información, en lo que a mí o a mi familia respecta, para que la suministre.

Autorizo, si admitido a este plan a la deducción apropiada de mi sueldo.

Certifico bajo juramento que todos los datos, suministrados por mi son correctos, veraces y están completos.

**DEPENDIENTES CUBIERTOS (CONYUGE E HIJOS)**



**1. Foto**

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Hija Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año  
Cédula o Pasaporte No. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
País de Residencia \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_



**2. Foto**

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Hija Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año  
Cédula o Pasaporte No. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
País de Residencia \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_



**3. Foto**

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Hija Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año  
Cédula o Pasaporte No. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
País de Residencia \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_



**4. Foto**

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Parentesco:  Cónyuge  Hijo  Hija Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año  
Cédula o Pasaporte No. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
País de Residencia \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Titular

\_\_\_\_\_  
Fecha