

Nombre de grupo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_



STERLING  
RISK ADVISORS

Complete esta seccion para los empeados y dependientes que se inscriban para cobertura medica que sean afiliados que soliciten seguro de vida por encima del monto de emision con garantia y todos los inscritos posteriores que soliciten cobertura de seguro de vida o proteccion de ingresos a corto palzo. Todas las preguntas se deberan responder en relacion con el tratamiento o diagnostico hecho por un profesional de la medicina or medico. TODAS LAS PREGUNTAS, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, SE LIMITAN A LOS ULTIOMS CINCO ANOS.

- 1) Usted o alguno de los dependientes sigue actualmente algun tratamiento o toma medicamentos recetados?  No  Si
- 2) Usted o alguno de los dependientes ha sufrido alguna perdida de peso inexplicable o fatiga en los ultimos 12 meses?  No  Si
- 3) Usted o alguno de los dependientes ha tenido , ha recibido un diagnostico o asesoramiento, ha realizado alguna consulta o ha sido tratado por alguna de las siguientes afecciones en los ultimos 5 anos?
- a) dolor en pecho; enfermedad cardiaca, de las arterias or los vasos sanguineos; presion arterial alta o baja?  No  Si
  - b) trastornos nerviosos, mentales o emocionales; convulsiones; epilepsia, perdida del conocimiento?  No  Si
  - c) asma u otra enfermedad pulmonar o de los organos respiratorios?  No  Si
  - d) calculos renales; enfermedad de los rinones, la vejiga o los organos sexuales masculinos o femeninos; o infertilidad?  No  Si
  - e) cancer y/o tumores cancerosos? (especifique el tipo; parte del cuerpo)  No  Si
  - f) diabetes; enfermedad del higado a del tiroides; o agrandamiento de los ganglios linfaticos?  No  Si
  - g) trastornos del estomago, la vestcula, los intestinos o el colon?  No  Si
  - h) artritis reumatoide o trastornos de la espalda?  No  Si
  - i) flebitis, paralisis o alguna otra discaocidad l deformidad fisica?  No  Si
  - j) alcoholismo o consumo de drogas, o ha sido miembro de Alcoholicos Anonimos?  No  Si
- 4) Usted o alguno de los dependientes ha recibido un diagnostico o tratamiento por el SIDA o complejo relacionado con el SIDA u otro trastorno del sistema inmunitario en los ultimos 5 anos?  No  Si
- 5) Usted o cualquier de los dependientes ha sido hospitalizado a se le ha indicado que debe hospitalizarse; se ha sometido a una operacion o se le ha indicado que debe someterse a una operacion; ha tenido alguna lesion o enfermedad; ha recibido atencion medica o asesoramiento medico a tratamiento durante los ultimos 5 anos por alguna razon no mencionada anteriormente?  No  Si
- 6) Usted o alguna de las dependientes esta embarazada o se ha sometido a una cesarea?  No  Si

7) Proporcione informacion de talla y peso de todos los solicitantes que se inscriben para cobertura:

Nombre del empleado	_____	Talla (pies/pulg.)	_____	Peso (lb.)	_____
Nombre del conyuge	_____	Talla (pies/pulg.)	_____	Peso (lb.)	_____
Nombre del dependiente	_____	Talla (pies/pulg.)	_____	Peso (lb.)	_____
Nombre del dependiente	_____	Talla (pies/pulg.)	_____	Peso (lb.)	_____
Nombre del dependiente	_____	Talla (pies/pulg.)	_____	Peso (lb.)	_____

Si responio "si" a cualquier de las preguntas anteriores, proporcione detalles a continuacion y especifique el numero de la pregunta. Adjunte hojas adicionales firmadas y fechadas si furea necesario.

Pregunta No. \_\_\_\_\_ Apellido de la persona tratada \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Afeccion \_\_\_\_\_

Enumerar los sintomas detectados \_\_\_\_\_

Enumerar los tratamientos recibidos \_\_\_\_\_

Enumerar las pruebas medicas realizadas \_\_\_\_\_

Medicamento(s), si lo(s) hubiera \_\_\_\_\_

Fecha se diagnostico la afeccion por preimera vez \_\_\_\_\_ Fecha vio a un medico por esta afeccion por ultima vez \_\_\_\_\_

**Please note that this information will remain confidential and will only be used by Sterling Risk Advisors to find the best medical coverage for you and your employer.**