

DECLARACION DE SALUD



CONTRATANTE: _____
 No. de Póliza: _____

PARTE A - PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA SI MISMO

1. Nombre completo:				2. Dirección:				
3. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	4. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	5. Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	6. Estatura: Metros y centímetros
7. Lugar de Nacimiento	Ciudad	Departamento	8. Peso	Libras	9. Ocupación			

10. ¿HA RECIBIDO USTED ALGUN TRATAMIENTO O HA SIDO AVISADO QUE SUFRE DE LO SIGUIENTE?
 MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
<i>Trastornos de las Vías Digestivas</i>			<i>Trastornos del Recto</i>			<i>Cualquier Defecto, amputación o Menoscabo Físico</i>		
<i>Trastornos de la Sangre</i>			<i>Trastorno Urinario</i>			<i>Enfermedad o Defecto de la vista,</i>		
<i>Venas Varicosas</i>			<i>Enfermedades Venéreas</i>			<i>Oído, Nariz o Garganta</i>		
<i>Enfermedades Cardiacas</i>			<i>Trastorno de los riñones</i>			<i>Trastorno de la Vesícula Biliar</i>		
<i>Desmayos o Mareos</i>			<i>Lesiones de la Cabeza o de la</i>			<i>Albumina o Azúcar en la Orina</i>		
<i>Alta o Baja Presión</i>			<i>Espina Dorsal</i>			<i>Problemas de la Próstata</i>		
<i>Convulsiones</i>			<i>Diabetes</i>			<i>TRASTORNOS FEMENINOS</i>		
<i>Trastornos Nerviosos</i>			<i>Cáncer, Tumor o Quiste</i>			<i>Preclampsia, Eclampsia</i>		
<i>Tuberculosis</i>			<i>Hernia</i>			<i>Operación Cesárea</i>		
<i>Asma Bronquitis</i>			<i>Bocio</i>			<i>¿Está actualmente embarazada?</i>		
<i>Dolores de Cabeza (Severos)</i>			<i>Sida</i>			<i>Abortos</i>		
<i>Fiebre Reumática</i>			<i>Hemorroides</i>			<i>Partos Prematuros</i>		
<i>Diarrea Crónica</i>			<i>Cálculos Renales</i>			<i>Enfermedades de los Pechos</i>		
<i>Pérdida de Peso Significativa</i>			<i>Trastornos hepáticos</i>			<i>Ovarios / Matriz</i>		
<i>Trastornos Vasculares</i>			<i>Anemia</i>			<i>Alteraciones Menstruales</i>		
<i>Artritis o Reumatismo</i>			<i>Trastorno Glandular</i>					

CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X DONDE CORRESPONDA

	SI	NO
11. ¿Ha estado usted como paciente en un hospital o institución durante los tres últimos años?		
12. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años?		
13. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento pero usted no lo hizo?		
14. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero usted no lo hizo?		
15. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en los epígrafes 10 al 14?		
16. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?		
17. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud para obtener o para rehabilitar una póliza de vida, accidente o de salud?		

18. ¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza de Gastos Médicos? SI NO
 En caso afirmativo, dé el nombre de la Compañía de Seguros y la fecha del seguro: _____

Si ha contestado SI a alguna de las preguntas 10 y 17 arriba indicadas, explique los detalles a:

Fecha	Pregunta Número	Condición y detalles (si fue operado especifíquelo)	Duración de la incapacidad	Fecha de recuperación total Mes Año	Nombres y direcciones de médicos y hospitales

Por medio de la presente declaro BAJO JURAMENTO que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo.
 Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y/o cualquier hospital para que proporcione a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen y hospitalización que yo haya recibido.

Lugar y fecha: _____ de 2, _____
 Firma del Empleado _____

PARTE B - PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

	SI	NO	Si contesto SI, dé detalles y fechas
Del punto de vista de salud ¿Sabe usted algún motivo por el que el empleado no deba asegurarse bajo su plan de Seguro Colectivo?			
¿Ha estado ausente el empleado de su trabajo debido a lesiones o enfermedades durante los últimos seis meses?			

Recomienda usted que esta solicitud sea aprobada SI NO
 Lugar y fecha: _____ de 2, _____ Firma autorizada y Sello: _____

PARTE C - PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA DEPENDIENTES

1. DEPENDIENTES ELEGIBLES UNICAMENTE CONYUGE E HIJOS

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Para uso de la Compañía de Seguros solamente

2. Dirección de sus dependientes: _____

3. SI CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ARRIBA INDICADAS HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO O HA SIDO AVISADO QUE SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD ABAJO LISTADA, FAVOR MARCAR CON UNA X DONDE CORRESPONDA:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Trastornos de las Vías Digestivas			Trastornos del Recto			Cualquier Defecto, amputación o Menoscabo Físico		
Trastornos de la Sangre			Trastorno Urinario			Enfermedad o Defecto de la vista, Oído, Nariz o Garganta		
Venas Varicosas			Enfermedades Venéreas			Trastorno de la Vesícula Biliar		
Enfermedades Cardíacas			Trastorno de los riñones			Albúmina o Azúcar en la Orina		
Desmayos o Mareos			Lesiones de la Cabeza o de la Espina Dorsal			Problemas de la Próstata		
Alta o Baja Presión			Diabetes			TRASTORNOS FEMENINOS		
Convulsiones			Cáncer, Tumor o Quiste			Preclampsia, Eclampsia		
Trastornos Nerviosos			Hernia			Operación Cesárea		
Tuberculosis			Bocio			¿Está actualmente embarazada?		
Asma Bronquitis			Sida			Abortos		
Dolores de Cabeza (Severos)			Hemorroides			Partos Prematuros		
Fiebre Reumática			Cálculos Renales			Enfermedades de los Pechos		
Diarrea Crónica			Trastornos hepáticos			Ovarios / Matriz		
Pérdida de Peso Significativa			Anemia			Alteraciones Menstruales		
Trastornos Vasculares			Trastorno Glandular					
Artritis o Reumatismo								

CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X DONDE CORRESPONDA

	SI	NO
4. ¿Ha estado usted como paciente en un hospital o institución durante los tres últimos años?		
5. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años?		
6. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento pero usted no lo hizo?		
7. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero usted no lo hizo?		
8. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en los epígrafes 10 al 14?		
9. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?		

Si alguna de las preguntas 2 a la 9 son contestadas en sentido afirmativo, dé detalle en el siguiente cuadro:

Nombre de la persona de quien se dá información	Enfermedad o lesión	Fecha	Datos (Número de ataques, diagnósticos, tratamientos resultado y grado de recuperación)	Nombre y dirección del o los médicos tratantes

Por medio de la presente declaro BAJO JURAMENTO que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza Colectiva. Por la presente autorizo a cualquier hospital o sanatorio para que proporcione a SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A., cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen y hospitalización.

Lugar y fecha: _____ de 2, _____

Firma del Empleado _____

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.

Aprobado por

Fecha

Fecha efectivo