

Declaración de Salud-Seguro Colectivo

CONTRATANTE _____

No. Póliza _____

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

1. Nombre completo: _____ 2. Dirección: _____

3. Sexo Masculino Femenino 4. Estado Civil Soltero Casado 5. Fecha de Nacimiento _____ 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
Trastornos de las Vías Digestivas			Trastornos del Recto		Cualquier defecto, Amputación o,	
Trastornos de la Sangre			Trastorno Urinario		Menoscabo físico	
Venas Varicosas			Enfermedades Venereas		Enfermedad o defecto de la vista	
Enfermedades Cardíacas			Trastorno de los Riñones		Oído, Nariz o Garganta	
Desmayos o Mareos			Lesiones de la cabeza o de la		Trastorno de la Vesícula biliar	
Alta o Baja Presión			Espina Dorsal		Albumina o azúcar en la orina	
Convulsiones			Diabetes		Problemas de la Próstata	
Trastornos Nerviosos			Cáncer, Tumor o Quiste		TRASTORNOS FEMENINOS	
Tuberculosis			Hernia		Preclampsia, Eclampsia	
Asma Bronquitis			Bocio		Operación cesárea	
Dolores de cabeza (Severos)			Sida		¿Está actualmente embarazada?	
Fiebre Reumática			Hemorroides		Aborto	
Diarrea Crónica			Cálculos Renales		Partos Prematuros	
Perdida de peso significativa			Trastornos Hepáticos		Enfermedades de los Pechos	
Trastornos Vasculares			Anemia		Ovarios / Matriz	
Artritis o Reumatismo			Trastorno Glandular		Alteraciones menstruales	

CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X DONDE CORRESPONDA

11. ¿ Ha estado usted como paciente en un hospital o institución durante los tres últimos años? SI NO

12. ¿ Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años? SI NO

13. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento pero usted no lo hizo? SI NO

14. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero usted no lo hizo? SI NO

15. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificados en los epígrafes 10 al 14? SI NO

16. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes? SI NO

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? SI NO

18. ¿Ha estado alguna vez asegurado con alguna Póliza de Gastos Médicos? _____ En caso afirmativo, dé el nombre de la Compañía de Seguros y la fecha del seguro _____

Si ha conestado Si a algunas de las preguntas 10 al 17 arriba indicadas, explique los detalles a continuación:

FECHA	PREGUNTA NUMERO	CONDICION Y DETALLES (SI FUE OPERADO ESPECIFIQUELO)	DURACION DE LA INCAPACIDAD	FECHA DE RECUPERACION TOTAL MES AÑO	NOMBRE Y DIRECCIONES DE MEDICOS 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 G&T, S.A.** cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.

Lugar y fecha _____ de 20 _____

Firma del Empleado _____

PARTE B - PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

	SI	NO	SI contesta 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 20 _____ 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 COMPANIA DE SEGUROS SOLAMENTE

2. Dirección de sus dependientes: _____

3. SI CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ARRIBA INDICADAS HA RECIBIDO ALGUN 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,	
Trastornos de la Sangre		Trastorno Urinario			Menoscabo físico	
Venas Varicosas		Enfermedades Venéreas			Enfermedad o defecto de la vista	
Enfermedades Cardíacas		Trastorno de los Riñones			Oído, Nariz o Garganta	
Desmayos o Mareos		Lesiones de la cabeza o de la			Trastorno de la Vesícula biliar	
Alta o Baja Presión		Espina Dorsal			Albumina o azúcar en la orina	
Convulsiones		Diabetes			Problemas de la Próstata	
Trastornos Nerviosos		Cáncer, Tumor o Quiste			TRASTORNOS FEMENINOS	
Tuberculosis		Hernia			Preclampsia, eclampsia	
Asma Bronquitis		Bocio			Operación Cesárea	
Dolores de Cabeza (Severos)		Sida			¿Está actualmente embarazada?	
Fiebre Reumática		Hemorroides			Aborto	
Diarrea Crónica		Cálculos Renales			Partos Prematuros	
Pérdida de Peso Significativa		Trastornos Hepáticos			Enfermedades de los Pechos	
Trastornos Vasculares		Anemia			Ovarios / Matriz	
Artritis o Reumatismo		Trastorno Glandular			Alteraciones Mensstruales	

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 algunas de las preguntas 3 a la 9 son contestadas en sentido afirmativo, dé detalles en el siguiente cuadro

Nombre de la persona de quien se da información	Enfermedad o lesión	Fecha	Datos (Número de ataques, diagnósticos, tratamiento, 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 de Seguro Colectivo.
 Por la presente autorizo a cualquier hospital o sanatorio para que proporcione a **SEGUROS G&T, S.A.** información que solicite sobre algún miembro de mi familia con referencia a cualquier tratamiento, examen u hospitalización.

Lugar y fecha de 20

Firma del Testigo _____ Firma del Empleado _____

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS G&T	
APROBADO POR _____	FECHA _____
_____	FECHA EFECTIVO _____