

# Declaración de Salud-Seguro Colectivo

**CONTRATANTE** \_\_\_\_\_

**No. 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"/>	4. Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	5. Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	6. Estatura	Metros y Centímetros
	Femenino <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>						
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, Menoscabo físico			
Trastornos de la Sangre				Trastorno Urinario				Enfermedad o defecto de la vista			
Venas Varicosas				Enfermedades Venéreas				Oído, Nariz o Garganta			
Enfermedades Cardíacas				Trastorno de los Riñones				Trastorno de la vesícula biliar			
Desmayos o Mareos				Lesiones de la cabeza o de la Espina Dorsal				Albumina o azúcar en la orina			
Alta o Baja Presión				Diabetes				Problemas de la Próstata			
Convulsiones				Cáncer, Tumor o Quiste				TRASTORNOS FEMENINOS			
Trastornos Nerviosos				Hernia				Preclapsia, Eclampsia			
Tuberculosis				Bocio				Operación cesárea			
Asma Bronquitis				Sida				¿Está actualmente embarazada?			
Dolores de cabeza (Severos)				Hemorroides				Aborto			
Fiebre Reumática				Cálculos Renales				Partos Prematuros			
Diarrea Crónica				Trastornos Hepáticos				Enfermedades de los Pechos			
Perdida de peso significativa				Anemia				Ovarios / Matriz			
Trastornos Vasculares				Trastorno Glandular				Alteraciones menstruales			
Artritis o Reumatismo											

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? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, dé el nombre de la Compañía de Seguros y la fecha del seguro \_\_\_\_\_

Si ha contestado 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		NOMBRE Y DIRECCIONES DE MEDICOS Y HOSPITALES
				MES	AÑO	

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 COMPAÑIA 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 Menoscabo físico			
Trastornos de la Sangre				Trastorno Urinario				Enfermedad o defecto de la vista,			
Venas Varicosas				Enfermedades Venereas				Oído, Nariz o Garganta			
Enfermedades Cardíacas				Trastorno de los Riñones				Trastorno de la Vesícula Biliar			
Desmayos o Mareos				Lesiones de la cabeza o de la				Albúmina o Azúcar en la Orina			
Alta o Baja Presión				Espina Dorsal				Problemas de la Próstata			
Convulsiones				Diabetes				TRASTORNOS FEMENINOS			
Trastornos Nerviosos				Cáncer, Tumor o Quiste				Preclapsia, eclampsia			
Tuberculosis				Hernia				Operación Cesárea			
Asma Bronquitis				Bocio				¿Está actualmente embarazada?			
Dolores de Cabeza (Severos)				Sida				Abortos			
Fiebre Reumática				Hemorroides				Partos Prematuros			
Diarrea Crónica				Cálculos Renales				Enfermedades de los Pechos			
Pérdida de Peso Significativa				Trastornos Hepáticos				Ovarios / Matriz			
Trastornos Vasculares				Anemia				Alteraciones Menstruales			
Artritis o Reumatismo				Trastorno Glandular							

**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