

Declaración de Salud – Seguro Colectivo

CONTRATANTE: _____

No. DE POLIZA: _____

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

1. Nombre			2. Dirección Completa			3. Nacionalidad:		
4. Correo Electrónico:								
Masculino Femenino			Mes Día Año			Ciudad Departamento		
5. Sexo			6. Fecha de Nacimiento			7. Lugar de Nacimiento		
Metros Centímetros			Libras					
8. Estatura			9. Peso			10. Nit. No.		
						11. Ocupación		
12. ¿Ha recibido usted algún tratamiento o ha sido avisado que sufre de lo siguiente? (conteste cada inciso "Si" o "No" en el espacio correspondiente abajo)								
	Si	No		Si	No		Si	No
Corazón			Pulmones			Sistema Urinario		
Tumores			Diabetes			Desordenes nerviosos		
Alta Presión Arterial			Riñones			Sistema Digestivo		
Cáncer			Espalda o Articulaciones			Hernia		
						Sida		
Conteste cada una de las siguientes preguntas 13 al 19 "Sí o No" en el espacio correspondiente abajo.							SI	NO
13. ¿Ha estado usted como paciente en un hospital o institución similar durante los tres últimos años?							Si	No
14. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años?							Si	No
15. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento pero usted no lo hizo?							Si	No
16. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica tratamiento pero usted no lo hizo?							Si	No
17. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad, o mala salud no especificados en los incisos 12 al 16?							Si	No
18. ¿Si es mujer ¿está embarazada?							Si	No
19. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno solicitud para obtener o para rehabilitar una póliza de seguro de Vida, de Accidente o de Salud?							Si	No
Si ha contestado "Si" a alguna de las preguntas 12 a la 19 arriba indicadas, explique los detalles a continuación, incluyendo el número de la pregunta al constatar donde sea apropiado, fecha, el hospital o institución similar y los resultados obtenidos. (si necesita más espacio, utilice una hoja adicional)								

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 a cualquier hospital o sanatorio para que proporcione a **ASSA**, cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.

Fecha _____ de _____ de _____ Testigo _____ Firma del Empleado _____

PARTE B – PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

Del punto de vista de salud ¿sabe usted algún motivo por el que el empleado no debe asegurarse bajo su Plan de Seguro Colectivo?	Si	No	Si contesta "Si", de detalles y fechas
¿Ha estado ausente el empleado de su trabajo debido a lesiones o enfermedades durante los últimos seis meses?			

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

1. ¿Quiénes son sus dependientes elegibles?

(Si necesita más espacio utilice una hoja adicional)

Nombre Completo	Nacionalidad	Parentesco Cónyuge e Hijos	Lugar y Fecha de Nacimiento	Estatuta	Peso	Para uso de la Compañía de Seguros solamente

2. Dirección de sus dependientes

3. Cualquiera de las personas arriba indicadas:

a - ¿Ha recibido algún tratamiento para o ha sido avisado que sufre de lo siguiente? (conteste cada inciso "sí o no")

Corazón?	Pulmones?	Sistema Urinario	Tumores?	Diabetes?	Desórdenes nerviosos?	Sida?
Alta Presión Arterial?	Riñones?	Sistema Digestivo?	Cáncer?	Espalda o articulaciones?	Hernia?	

Sí No

- b - ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar durante los tres últimos años?..... ☐ ☐
- c - ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años?..... ☐ ☐
- d - ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento, pero no lo hizo.. ☐ ☐
- e - ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero no lo ha hecho?..... ☐ ☐

f - ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificada en los incisos 3(a) a 3(e)?.....

4 - ¿Cuáles son los detalles completos de todas las respuestas afirmativas a los incisos 3(a) a 3(f)?

Nombre del Dependiente	Pregunta Número	Condición detalles y número de ataques (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 Colectiva.

Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital y sanatorio para que dé a ASSA Compañía de Seguros, S.A. cualquier información que solicite sobre cualquier miembro de mi familia con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización.

Fecha _____ de _____ de _____ Testigo _____ Firma del Empleado _____

OBSERVACIONES: