

# Declaración de Salud-Seguro Colectivo

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

**No. Póliza** \_\_\_\_\_

**PARTE A – PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA SÍ 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.**

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO	
Trastornos de las Vías Digestivas			Trastornos de 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			Preclapsia, 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			
Perdida de peso significativa			Anemia			Alteraciones menstruales			
Trastornos Vasculares			Trastorno Glandular						
Artritis o Reumatismo									

**CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO CON UNA X DONDE CORRESPONDA**

	SÍ	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 medico durante los tres últimos años?		
13. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnósticos, 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 las epigrafes 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?  SÍ  NO

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

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

FECHA	PREGUNTA NUMERO	CONDICIÓN O DETALLES (SI FUE OPERADO ESPECIFIQUELO)	DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD	FECHA DE RECUPERACIÓN TOTAL MES AÑO	NOMBRES 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 le 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**

	SÍ	NO	Si contesta Sí, 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:  SÍ  NO

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma autorizada y sello \_\_\_\_\_

**SEGUROS**



**G&T**

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

1. DEPENDIENTES ELEGIBLES ÚNICAMENTE 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 ALGUN TRATAMIENTO O HA SIDO AVISADO QUE SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD ABAJO LISTADAS FAVOR MARCAR CON UNA X DONDE CORRESPONDA.

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Trastornos de las Vías Digestivas			Trastornos de Recto			Cualquier defecto, Amputación o, Menoscabo físico		
Trasfornos 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			Preclapsia, 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		
Perdida de peso significativa			Anemia			Alteraciones menstruales		
Trastornos Vasculares			Trastorno Glandular					
Artritis o Reumatismo								

MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA SI ALGUNA DE LAS PERSONAS ARRIBA INDICADAS:	SÍ	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 medico durante los tres últimos años?		
6. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnósticos, 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 las epigrafes 3 al 7?		
9. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?		

Si alguna 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 la 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 médico o practicante y/o cualquier hospital para que le proporcione a SEGUROS G&T, S.A. cualquier 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 \_\_\_\_\_