

DECLARACION DE SALUD

- Nombre y dirección completa de los médicos que lo atienden regularmente a usted o a cualquiera de los miembros de su familia a asegurarse: _____
- ¿Se encuentra en estos momentos bajo observación de un médico legalmente autorizado para ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? **SI**____**NO**____
detalle: _____
- ¿Tiene o ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (indique **SI** o **NO**, escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación y subraye el padecimiento al que se refiere en cada literal).

Descripción de Preguntas	Titular		Dependientes		Nombre de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
	SI	NO	SI	NO	
A) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	SI	NO	
B) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia, apoplejía?	SI	NO	SI	NO	
C) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	SI	NO	SI	NO	
D) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, arritmia cardíaca, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales o venas varicosas?	SI	NO	SI	NO	
E) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano o hígado?	SI	NO	SI	NO	
F) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos?	SI	NO	SI	NO	
G) ¿Diabetes, dislipidemia, hiperuricemia, enfermedades de la tiroides u otro trastorno endocrinólogo?	SI	NO	SI	NO	
H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	
I) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, discos intervertebrales, la espalda y las articulaciones?	SI	NO	SI	NO	
J) ¿Trastornos de la piel, manchas y acné, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	SI	NO	SI	NO	
K) ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea o sistema linfático?	SI	NO	SI	NO	
L) ¿Enfermedades por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus VIH, hepatitis B, hepatitis C, lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena?	SI	NO	SI	NO	
m) ¿Padece o ha padecido usted o algún miembro de su grupo familiar, algún trastorno mental o físico así como cualquier enfermedad o malformación congénita?	SI	NO	SI	NO	

Descripción de Preguntas		Titular		Dependientes		Nombre de la persona para la cual es afirmativa la respuesta
N)	Además de lo arriba mencionado, durante los últimos 5 años usted: ¿Ha tenido examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, lesión u operación? ¿Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? ¿Se le ha hecho algún electrocardiograma o radiografía u otras pruebas diagnósticas? ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha realizado?	SI	NO	SI	NO	
Ñ)	¿Usted o algún miembro de su familia a asegurarse está usando o ha usado alguna vez cualquier tipo de drogas, barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos como estupefacientes, y/o psicotrópicos (incluyendo marihuana), narcóticos o que alteren su estado mental y físico y que produzca hábito?	SI	NO	SI	NO	
O)	¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño etc.?	SI	NO	SI	NO	
P)	¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
Q)	¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? (indique el familiar y el padecimiento al que se refiere)	SI	NO	SI	NO	
R)	¿Ha sido usted o cualquiera de su grupo familiar a asegurarse, receptor o donador de órganos? (Especifique)	SI	NO	SI	NO	
S)	¿A usted o alguno de sus miembros del grupo familiar a asegurarse, le han hecho transfusiones de sangre o terapia con hemoderivados?	SI	NO	SI	NO	
T)	¿Ha recibido usted o cualquiera de su grupo familiar, tratamientos con radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	
PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE (TITULARES O DEPENDIENTES)						
U)	¿Trastornos en los órganos reproductivos, menstruación, embarazos o problemas de los senos?	SI	NO	SI	NO	
V)	¿Operación cesárea?	SI	NO	SI	NO	
W)	¿Se encuentra actualmente embarazada? (si es así, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento)	SI	NO	SI	NO	
HABITOS Y ACTIVIDADES ESPECIALES						
X)	¿Usted o cualquiera de sus miembros de su familia, fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol u otras drogas? (indicar cantidades)	SI	NO	SI	NO	
Y)	¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes a asegurarse, alpinismo, carreras de auto, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta, u otra actividad o deporte considerado de alto riesgo o peligroso ya sea como aficionado o a nivel profesional?	SI	NO	SI	NO	
Z)	¿Ha sido, es o piensa ser piloto aviador o miembro de la tripulación de un avión particular o comercial?	SI	NO	SI	NO	

Si cualquiera de las respuestas fuera afirmativa, por favor indique detalles a continuación:

EJEMPLO			
Pregunta 2-e	Persona a la que aplica Carlos Gómez	Dolencia o Tratamiento Ulcera	Fecha Nov. 1990
Duración 1 mes	Nombre del Médico Juan Menéndez	Hospital Centro de Salud	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

En caso de ser aceptada mi solicitud que es la base para la expedición del seguro a mi favor, dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, la compañía se eximirá de toda obligación de indemnizar.

Nombre del Declarante _____ **No.DUI** _____

Firma del Declarante _____ **Fecha:** ____/____/____.