

RNC 1-01-86442-7

RNC 1-02-01717-4

DECLARACIÓN DE SALUD

/ /
Día Mes Año

Planes de Servicios de Salud

PDSS Elemental Esencial Esencial Plus Superior Royal Max Platinum Otros _____

DATOS PERSONALES

Nombre(s) | Apellidos

No. documento identificación | Tipo de documento Cédula Pasaporte | Correo electrónico

Teléfono casa | Teléfono oficina | Celular

Dirección (calle y número) | Sector | Ciudad/Municipio

¿Está usted, su esposa o algunas de sus dependientes embarazadas? Sí No | En caso afirmativo, especifique cuál y cuántas semanas

¿Transcurre normalmente? Sí No | En caso negativo, explique

Marque con una X si usted o algún familiar padece o ha padecido alguna(s) de las siguientes enfermedades o afecciones, en caso afirmativo especifique quién

Enfermedades cardíacas | Yo Padre Madre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro (indique)

Hipertensión arterial | Yo Padre Madre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro (indique)

Cáncer | Yo Padre Madre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro (indique)

Diabetes | Yo Padre Madre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro (indique)

Enfermedad de los riñones | Yo Padre Madre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro (indique)

Afecciones de la próstata | Yo Padre Madre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Otro (indique)

Fuma usted Cigarrillo Puro Pipa | Unidades diarias | ¿Desde hace cuánto? _____ meses ó _____ años

¿Ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión durante los últimos meses? Sí No

En caso afirmativo, quién y el tipo de lesión o enfermedad

¿Consume usted bebidas alcohólicas? Sí No | En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia las consume? Diario Semanal Mensual

¿Consume o ha consumido usted estupefacientes? Sí No | En caso afirmativo, especifique

¿Se ha recomendado a usted o alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique las siguientes informaciones

| Fecha | Nombre del paciente | Tratamiento | Duración | Nombre del médico | Nombre de la clínica |
|-------|---------------------|-------------|----------|-------------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Certifico que las respuestas a las preguntas que anteceden son verdaderas, exactas, completas y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituye la base y condición para la obtención del seguro de salud.

Por medio de la presente declaración de salud autorizo a La Compañía a acceder a la información consignada en mi historia clínica y suministrarla cuando me lo solicite La Compañía. De igual manera, autorizo a cualquier prestador de servicios de salud a suministrar a La Compañía los informes o documentos relacionados a mi estado de salud y el de mis dependientes.

Firma del solicitante

Fecha de la solicitud