

## CERTIFICADO DE SALUD

**F-PRO-55. V1**

**Política de Privacidad de Datos:** La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el área de Productos Vida para obtener información acerca de la salud de los clientes

- Rehabilitación
- Adicionar contratos suplementarios
- Remoción o reducción de recargos
- Aumento de suma asegurada

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por el Asegurado:

Nombre: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

A. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

B. Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_

Describa funciones o deberes: \_\_\_\_\_

C. ¿Es usted o tiene intención de convertirse en miembro de una organización militar?  Sí  No

D. ¿Tiene alguna intención de volar o ha volado dentro de los últimos tres años como piloto, aprendiz, piloto, miembro de tripulación o con alguna otra función, a bordo de cualquier aeronave?  Sí  No

E. ¿Participa o tiene planeado participar en paracaidismo, buceo o actividades de carrera de alguna clase?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, favor suministre detalles: \_\_\_\_\_

F. ¿Cuál es la cantidad total de Seguro de Vida y la cantidad total de seguro por muerte accidental que usted tiene en vigencia?

Sólo tome en cuenta la cobertura de accidente, si la misma es parte de una Póliza de Vida.

Compañía	Cantidad de Seguro de Vida	Cantidad de beneficio por muerte accidental	Año de emisión de Póliza

G. Suministre su estatura exacta con zapatos y su peso con vestimenta normal

Estatura: \_\_\_\_\_  Pies  Pulg Peso: \_\_\_\_\_  Libras  Kgs

H. Nombre de su médico personal: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Última fecha que lo consultó: \_\_\_\_\_ Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

Resultados de las evidencias médicas: \_\_\_\_\_

I. ¿Ha visitado algún médico en los últimos 5 años?

No  Sí Detalle: \_\_\_\_\_

J. Favor responder las siguientes preguntas. En caso afirmativo, suministrar detalle:

1. ¿Alguna vez ha sufrido o se le ha informado que sufrió de tuberculosis, diabetes, fiebre reumática, cáncer, epilepsia o presión alta?

No  Sí Detalle: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha sufrido o se le ha informado que sufrió de algún trastorno mental o alguna enfermedad relacionada con el sistema nervioso, corazón, pulmones, o vasos sanguíneos, el estómago, intestino, colon o vesícula biliar, los riñones, vejiga u otros órganos reproductivos, o los músculos, huesos o coyunturas?

No  Sí Detalle: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha sido examinado o tratado durante los últimos 5 años por alguna enfermedad, condición o lesión no mencionada arriba?

No     Sí    Detalle: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha estado en un hospital o sanatorio por operación, observación o tratamiento?

No     Sí    Detalle: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha solicitado seguro o reinstalación, lo cual le fue rechazado, pospuesto o modificado en alguna forma o ha recibido beneficios de incapacidad por alguna razón?

No     Sí    Detalle: \_\_\_\_\_

6. SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) ¿Ha recibido consejo médico o tratamiento en conexión con SIDA o una condición relacionada al SIDA o una enfermedad transmitida sexualmente? ¿Le han dicho que ha tenido SIDA o el Complejo Relacionado al SIDA? ¿Ha tenido o le han dicho que ha tenido resultados positivos de pruebas sanguíneas para anticuerpos del virus SIDA? (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida)

No     Sí    Detalle: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha sufrido algún accidente o incapacidad a consecuencia o relacionada con su ocupación?

No     Sí    Detalle: \_\_\_\_\_

K. ¿Se encuentra usted en buen estado de salud en estos momentos?       Sí       No

He leído las preguntas y respuestas anteriores y por este medio declaro que son correctas y verdaderas según mi mejor conocimiento y entender. Por este medio queda entendido y aclarado:

- (1) Que la solicitud por la cual el original de esta póliza fuera emitida, conjuntamente con esta aplicación y examen médico, si los hubiere, serán adjuntados y formarán parte de los cambios en la póliza que por este medio he solicitado
- (2) Que la Compañía será responsable de los cambios en la póliza, después de ser aprobada esta solicitud, pero no antes del pago de la cantidad requerida para efectuar dicho cambio
- (3) Que ninguna información obtenida por cualquier representante de ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía, obligará a La Compañía a menos que se haya indicado por escrito en esta solicitud.

Además, acepto que cualquier cesión pendiente en la póliza original, continúa en efecto como sesión de los cambios efectuados en la póliza.

Autorizo por este medio, a cualquier médico o practicante, hospital, clínica u otra facilidad médica relacionada, con La Compañía de seguros, Institución o persona autorizada, la cual tenga cualquier registro o conocimiento de mi persona o de mi salud, para que suministre dicha información a La Compañía aseguradora, o sus reaseguradores. Una copia fotostática de la presente autorización será válida como original.

Firmado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Corredor

\_\_\_\_\_ Firma del Contratante (requerida  
siempre si no es el Asegurado)

\_\_\_\_\_ Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_ No. de Cédula / Pasaporte

\_\_\_\_\_ No. de Cédula / Pasaporte

**Para uso exclusivo del Departamento de Selección**

Fecha de recibido:	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado	Mortalidad/Recargo:
Observaciones:		
Seleccionador:	Fecha:	