

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

SALUD A SU MEDIDA

“DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SI LAS RESPUESTAS CONSIGNADAS EN ESTA DECLARACIÓN NO SON VERACES, SE PRODUCIRÁ LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO, POR LO TANTO, NO HABRÁ DERECHO AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.”

ESTA DECLARACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA COMPLETA Y DIRECTAMENTE POR EL SOLICITANTE.

DATOS DE LOS SOLICITANTES ASEGURADOS

Solicitante	Nombres y apellidos	No. Identificación	Edad	Sexo	Peso	Estatura
1 (Ppal)				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
2				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
3				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
4				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
5				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
6				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		

Marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual :

¿Ha tenido, tiene o está en estudio alguna de las siguientes patologías? (Si su respuesta es Sí, por favor complete especifique el número del solicitante y los datos de la enfermedad, diagnóstico, secuelas, síntomas, complicaciones, estado actual, fecha de ocurrencia):

CUESTIONARIO	SI	NO	# SOLICITANTE	DIAGNÓSTICO, FECHAS, SECUELAS, COMPLICACIONES Y ESTADO ACTUAL
1. ¿Enfermedades del corazón o del sistema cardiovascular? ¿Hipertensión arterial? Arritmias, enfermedad coronaria, infarto cardíaco, angina, afecciones de las válvulas del corazón, evento cerebrovascular, tromboembolismo				

<p>2. ¿Enfermedades endocrinas, metabólicas o diabetes? Pre diabetes, resistencia a la insulina, nódulos tiroideos, hipertiroidismo, hiperprolactinemia</p>				
<p>3. ¿Toma algún medicamento o está bajo algún tratamiento médico, terapia y/o rehabilitación? Física, psicología, fonoaudiología, ocupacional, neuropsicología</p>				
<p>4. ¿Está embarazada o sospecha estarlo? Si aplica</p>				
<p>5. ¿Enfermedades autoinmunes o el colágeno? Lupus, artritis reumatoidea , vasculitis, espondilitis, colitis ulcerativa, esclerodermia, glomerulopatías, enfermedad del colágeno no determinada</p>				
<p>6. ¿Enfermedades o eventos neurológicos como evento cerebrovascular ? Accidente Isquémico Transitorio, trombosis, epilepsia, convulsiones, esclerosis múltiple, Alzheimer, Guillain Barre, Parálisis, tumores cerebrales</p>				
<p>7. ¿Alteración del desarrollo y/o desorden psiquiátrico? Depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, déficit de atención, hiperactividad, trastorno del espectro autista, alteraciones del lenguaje o desarrollo psicomotor</p>				
<p>8. ¿Enfermedades o lesiones de los huesos o articulaciones? Hombro, tobillo, rodillas, cadera, afecciones en meniscos, luxaciones, artrosis, fracturas, alguna afección y/o desviación de la columna, hernias discales</p>				
<p>9. ¿Enfermedades pulmonares? Asma, EPOC, síndrome bronco obstructivo recurrente, nódulos</p>				

10. ¿Cáncer o similares? Cáncer, linfoma, leucemia, tumores, masas, nódulos mamarios				
11. ¿Enfermedades de riñones o vejiga ? Si aplica, ¿Próstata? Cálculos, cólico renal, hiperplasia de la próstata,, insuficiencia renal, glomerulonefritis, sangre en la orina, proteínas en la orina, síndrome nefrótico				
12. ¿Enfermedades del hígado, gástricas, colón? Cirrosis, hepatitis C, pólipos en colon, úlceras, colitis, divertículos				
13. ¿Enfermedades de la sangre? Trastornos de la coagulación, talasemia, trombocitopenia, leucopenia, anemia actual , leucemia				
14 ¿Algún tratamiento médico y/o quirúrgico pendiente?				

Con mi firma hago constar que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones que han sido contestadas por mi, en nombre propio y en nombre de todos los asegurados, siendo estas veraces y completas y conozco que si las respuestas consignadas en esta declaración no son veraces, se producirá la nulidad del contrato de seguro conforme lo estipulado en el artículo 1058 del código de comercio, por lo tanto no habrá derecho al pago de la indemnización.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otra entidad médica, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga historial médico o conocimientos de mi salud o de cualquiera de los solicitantes, a proporcionar a La Compañía dicha información.

FIRMADO EN _____ A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20__

FIRMA DEL TOMADOR O ASEGURADO PRINCIPAL