

**SEGURO COLECTIVO MÉDICO
HOSPITALARIO
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
DEL ASEGURADO
(FAMILIAR DEPENDIENTE)**

Este formulario debe ser llenado por el familiar como una prueba del estado de su salud, el cual deberá ser enviado al Departamento de Seguros de Personas de la Compañía, juntamente con la Solicitud de Adición del familiar dependiente.

INFORME DEL FAMILIAR DEPENDIENTE PARA LA COMPAÑÍA

Contratante de la Póliza _____

1) Nombre del Empleado _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

2) Nombre del Familiar Dependiente _____
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

3) Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

4) Sexo _____ Estatura _____ Peso _____ Parentesco con el empleado _____
Indique ya sea cónyuge, hijo e hija

5) ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? _____
 En caso negativo de detalles _____

6) ¿Ha tenido usted algún tiempo o tiene actualmente algunas de las siguientes enfermedades?
 Conteste Si o No con su puño y letra a cada una de sus enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación:

*Trastorno de la vías digestivas	*Artritis o reumatismo	*Trastorno glandular
*Trastorno de la sangre	*Trastorno del recto	*Cualquier defecto, amputación, o menoscabo físico
*Venas varicosas	*Trastorno urinario	*Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta
*Enfermedades cardíacas	*Enfermedades venéreas	*Trastorno de la vesícula biliar
*Desmayos o mareos	*Trastornos de los riñones	*Albúmina, azúcar en la orina
*Alta o baja presión	*Lesiones de la cabeza o de la espina dorsal	*Prostatitis
*Convulsiones	*Diabetes	*Trastornos femeninos
*Trastornos nerviosos	*Cáncer, tumor o quiste	*Operación cesárea
*Tuberculosis	*Hernia	¿Está usted actualmente embarazada?
*Asma y bronquitis	*Bocio	
*Dolores de cabeza (severos)		

7) ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o accidente durante los últimos tres meses?

8) ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? _____

9) ¿Tiene usted intención de tener o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica o tratamiento?

10) ¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? _____

Si alguna de las respuestas 6,7,8,9 o 10 es afirmativa, detalle a continuación:

Fecha	Dolencia	Tratamiento	Duración	Nombre del Médico	Nombre del Hospital o Establecimiento Médico
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

11) ¿Le ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de vida o de salud? _____

12) ¿Ha estado o está asegurado actualmente con alguna u otra Póliza colectiva de Médico Hospitalario?
 En caso afirmativo, dé el nombre del patrono o contratante y la fecha del seguro _____

Certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verídicas, y convengo en que ellas (juntamente con los formularios requeridos), forman parte de mi solicitud para Seguro Colectivo; además, convengo en que el seguro que se emita no entrara en vigor a menos que la fecha de este, mi salud sea la misma que se describe en este documento y que en ningún momento el seguro entrara en vigor en otra forma que no sea la expuesta en dicha Póliza o Pólizas de Seguro Colectivo.

Por este medio autorizo a cualquier médico para que de todos los datos de su diagnóstico, tratamiento pronóstico de mi estado de salud y al mismo tiempo autorizo a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que de una copia de sus registros y renuncio a la índole reservada de toda la información adquirida, en cualquier fecha o forma respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo y doy permiso a cualquier persona para que dé testimonio de dichos asuntos.

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y 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 podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.

Firma del Familiar Dependiente (No se requiere la del niño dependiente) _____

Fecha: _____ Firma del Empleado: _____