

DECLARACIÓN DE SALUD B



(POR FAVOR EN LETRA DE IMPRENTA)

Toda persona que solicite cobertura debe completar una Declaración de Salud. Todas las Declaraciones de Salud B deberán enviarse a la Compañía, junto con el Formulario de Solicitud A y el pago de la prima.

PARA USO ADMINISTRATIVO

Ref. _____	Número de póliza _____	# _____
Fecha _____	_____	

SOLICITANTE (POR FAVOR, SUBRAYE LOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE UD. DESEE QUE APAREZCAN EN SU TARJETA DE SEGURO, MÁX. 29 CARACTERES)

Nombre(s) _____	Ocupación _____	
Apellido(s) _____		
Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	Nacionalidad _____	
Sexo (M/F) <input type="checkbox"/>	Estatura (cm) _____	Peso (kg) _____

OTRO SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora?	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	
Nombre de la compañía _____	Número de póliza _____		
¿Piensa continuar con la otra aseguradora?	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	
¿Le ha sido rechazada alguna vez una solicitud de seguro de salud o de vida; o aceptada, pero sujeta a exclusiones o a sobrepagos sobre las tarifas estándar del asegurador?	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	En caso afirmativo, le rogamos adjuntar los detalles.

HISTORIAL MÉDICO

Si sufre o ha sufrido previamente alguna de las siguientes enfermedades o condiciones, marque por favor la casilla apropiada. Todas las preguntas deben ser contestadas: Si su respuesta fuera afirmativa a alguna de ellas, por favor, de los detalles; y si tuviera comentarios adicionales cualesquiera, escríbalos por favor bajo el Numeral 8 o en el formulario Detalles Adicionales C.

a) Tumores benignos <input type="radio"/> malignos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	i) Enfermedades de las vías urinarias y de los riñones <input type="radio"/> de los órganos genitales <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
b) Migraña <input type="radio"/> Desórdenes neurológicos <input type="radio"/> Epilepsia <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	j) Reumatismo <input type="radio"/> Enfermedades de los músculos, de las articulaciones o de los huesos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
c) Enfermedades mentales <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	k) Enfermedades o molestias del dorso <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
d) Enfermedades oculares <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	l) Enfermedades cutáneas <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
e) Asma <input type="radio"/> Alergia <input type="radio"/> Enfermedades pulmonares <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	m) Operaciones estéticas <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
f) Enfermedades cardiovasculares <input type="radio"/> Hipertensión arterial <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	n) Otras enfermedades o desórdenes <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
g) Enfermedades del hígado <input type="radio"/> del páncreas <input type="radio"/> del estómago <input type="radio"/> de los intestinos <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	o) ¿Ha sido sometido alguna vez a algún tratamiento de fertilidad? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____
h) Diabetes <input type="radio"/> Otros desórdenes hormonales <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Detalles _____	p) ¿Ha sido examinado de anticuerpos VIH? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado?: VIH Positivo <input type="radio"/> VIH Negativo <input type="radio"/>

_____ - _____

1. ¿Toma o ha tomado regularmente alguna medicina? Sí NO

En caso afirmativo, indique por favor el tipo y la dosis diaria: _____

Diagnóstico _____ Gasto mensual _____

2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez o sometido a tratamiento por alguna enfermedad? Sí NO

En caso afirmativo, indique por favor el nombre del hospital / clínica / médico.

(Puede continuar bajo "Comentarios adicionales" (Numeral 8))

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

E-mail _____

Diagnóstico _____ Año _____

3. ¿Sufre de algún efecto secundario o secuelas de las condiciones citadas? Sí NO

En caso afirmativo, incluya por favor información médica completa al respecto.

4. ¿Utiliza gafas o lentes de contacto? En caso afirmativo, indique por favor la graduación _____

5. Sólo para solicitantes de sexo femenino: ¿Se encuentra actualmente embarazada? Sí NO

6. Médico de cabecera

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

E-mail _____

7. ¿Dispone de información médica adicional? Sí NO

Todo reporte médico actualizado deberá ser adjuntado, en caso de que haya cualesquiera condiciones médicas preexistentes.

8. Comentarios adicionales, si los hay: _____

9. Firma del solicitante

Yo, el abajo firmante, declaro solemnemente que yo y/o aquellos solicitantes menores de diez años gozo(gozamos) de excelente salud, y no sufro(sufrimos) de otra debilidad física o condición médica preexistente que las indicadas en esta Solicitud (Formulario de Solicitud A y Declaración de Salud B). Autorizo a Progreso Compañía de Seguros, S.A. (la Compañía), conjuntamente con International Health Insurance danmark a/s para que obtenga, de médicos y hospitales, cualquier información que se considere necesaria respecto a mi(nuestro) estado de salud. Declaro que, en caso de que mi(nuestro) estado de salud cambiase después de haber firmado la Solicitud, pero antes de la aceptación de la cobertura por parte de la Compañía, lo notificaré a la Compañía inmediatamente.

Declaro que yo(y los solicitantes) he(hemos) recibido y leído las Condiciones de la Póliza y que éstas, junto con las Condiciones Especiales y la Solicitud, representan el contrato de seguro con la Compañía, en caso de ser aceptada mi(nuestra) solicitud. Declaro igualmente que ni yo ni ninguna de las personas a asegurarse en esta póliza somos residentes en los Estados Unidos.

Declaro, además, para nuestro mejor entendimiento y conocimiento, que toda la información en la Solicitud es conforme a la verdad. Soy consciente de que cualquier falsificación y/u omisión de información requerida pueden resultar en la cancelación de la cobertura de la póliza o en la modificación de la misma.

Yo soy consciente y me doy por enterado de que la aceptación de esta Solicitud por parte de la Compañía está basada en una relación de confianza y de buena fe, y sobre la exactitud de la información presentada en la Solicitud.

(El padre, o la persona con la patria potestad del menor, deberá firmar de parte de cualquier solicitante menor de 18 años de edad).

Fecha (día/mes/año)

Nombre en letra de imprenta

Firma