

### DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Contrato No.	No. de afiliado	Plan actual	Plan Solicitado
Nombre de la empresa		Nombre del contacto	Teléfono

### DECLARACION DE SALUD

Está Usted (su esposa) actualmente embarazada?  Si  No *En caso afirmativo, ¿de cuántos meses?*

¿El embarazo transcurre normalmente?  Si  No *En caso afirmativo, Explique*

Usted o algún familiar padece o ha padecido de las enfermedades siguientes:

¿QUIEN?	¿QUIEN?
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas _____	<input type="checkbox"/> Cáncer _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial _____	<input type="checkbox"/> Asma _____
<input type="checkbox"/> Diabetes _____	

Fuma usted:  Cigarrillo  Puro  Pipas

Cantidad diaria \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido Usted o alguno de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres (3) meses?  Si  No

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

¿Se le ha recomendado a Usted o alguno de sus dependientes alguna operación quirúrgica o tratamiento?  Si  No

*En caso positivo, detalle a continuación.*

Fecha	Nombre del Paciente	Tratamiento	Duración	Nombre del Médico	Nombre de la Clínica
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Para cualquier cobertura de cirugía, maternidad y gastos médicos mayores bajo el nuevo plan, es requisito indispensable cumplir con los tiempos de espera reglamentarios para dicha coberturas, las cuales son: cirugías electivas 6 meses, maternidad 12 meses y gastos médicos mayores 3 meses.

En caso de hospitalización por causas citadas, si no ha cumplido con el período correspondiente bajo el nuevo plan, se le dará cobertura bajo el plan anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada y Sello Empresa

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado

**IMPORTANTE** Certifico que las respuestas que anteceden son verdaderas, exactas, completas y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituyen la base y condición para la obtención del seguro de salud para el asegurado principal y sus dependientes y a la vez autorizo a cualquier Hospital, Clínica, Médico u otra persona que me haya atendido a mí o mis dependientes para que aporte al director médico de ARS Humano, o a su representante, cualquier conocimiento o información que haya adquirido de ese modo, incluye el historial obtenido y el diagnóstico hecho. La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún informe adicional.