

DECLARACIÓN DE SALUD EMPLEADO Y FAMILIARES DEPENDIENTES



IMPORTANTE:

La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso exclusivo de SEGUROS UNIVERSALES, S.A.

La sección A de este formulario debe ser completada por el empleado y la sección B por el patrono, ambas con letra clara y llenando cada apartado sin usar comillas de iteración o similares. Este formulario, lleno en su totalidad, deberá enviarse junto con el Consentimiento Individual al departamento de GASTOS MÉDICOS de SEGUROS UNIVERSALES, S.A.

SECCIÓN A- INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y FAMILIARES DEPENDIENTES

1. DATOS DEL EMPLEADO

1er Nombre: 2º Nombre: 1er Apellido: 2º Apellido: Apellido de casada:

Documento de Identificación DPI o Pasaporte (No. CUI No. de Pasaporte) Extendido en:

Dirección completa: Correo electrónico:

Teléfono Móvil NIT:

Fecha de nacimiento: Lugar (Ciudad y País): Sexo: F M Estado Civil: Estatura: Peso:

dd/mm/aaaa

F M

3. ESTADO DE SALUD. Indique si usted o sus familiares Dependientes han tenido alguna de las siguientes enfermedades marcando la casilla Sí o la casilla No. En caso afirmativo ponga el número, según va asignada en la pregunta 2, correspondiente a cada persona afectada por esa cuestión. El número asignado al Asegurado Titular es el 1.

Número(s) de la(s) persona(s) afectada(s) ↓

a) Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta. No Sí

b) Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia, vértigos. No Sí

c) Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectora sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, sangrado de nariz. No Sí

d) Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas. No Sí

e) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente, o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula. No Sí

6. Indique nombres y direcciones de los médicos que atienden a la familia:

7. Si ha estado alguna vez asegurado en alguna póliza colectiva indique el nombre del patrono y la fecha del seguro:

Por la presente solicito a SEGUROS UNIVERSALES, S.A. la protección del seguro colectivo **UNISALUD** por la cantidad y formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible, bajo el contrato de seguro colectivo **UNISALUD** de mi patrono. En caso de ser aceptada mi solicitud que es la única base para la aceptación del seguro a mi favor, declaro que las respuestas suministradas en esta solicitud son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en esta solicitud dará lugar a que SEGUROS UNIVERSALES, S.A. dé por cancelado el contrato del seguro o la negación del pago de algún reclamo tal y como lo contemplan los artículos: 880, 908 y 915 del Código de Comercio.

AUTORIZACIÓN MÉDICA: Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otra organización o persona que me haya prestado servicios de salud, para que suministre a SEGUROS UNIVERSALES, S.A. cualquier información respecto a tratamientos, enfermedades o accidentes sufridos por mi y mis familiares dependientes, antes o después de la vigencia de esta póliza, así como historial médico, consultas, recetas, placas de rayos x, resultados de exámenes de laboratorio y copias de todos los informes médicos o de Hospital. Una copia auténtica de esta información será considerada tan efectiva y válida como el original.

Fecha:

dd/mm/aaaa

Firma del empleado:

--

Firma del cónyuge:

--

SECCIÓN B - PARA SER LLENADO POR EL PATRONO O CONTRATANTE

Nombre del empleado:

--

Fecha contratación:

--

Si el empleado ha estado ausente del trabajo por cualquier motivo durante los últimos tres meses complete lo siguiente:

Período de ausencia del trabajo: Motivo :

del: dd/mm/aa al: dd/mm/aa	
-------------------------------	--

Nombre del Patrono :

--

Firma y sello :

--

Representante del Patrono :

--

Fecha:

dd/mm/aa
