

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

1^{er} Nombre: 2^o Nombre: 1^{er} Apellido: 2^o 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

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

Seguros Universales, S.A. | 4^a Calle 7-73, Zona 9 | apdo. 01009 Guatemala, C.A.
Tel. Verificación: 2384 7474 | Fax: 2384 7401 | www.universales.com | unired@universales.com

- f) *Diabetes, híper o hipotiroidismo y otro trastorno endocrinológico.* No Sí
- g) *Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia trastorno urinario, del recto y órganos reproductivos, estreñimiento.* No Sí
- h) *Neuritis ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, artralgias.* No Sí
- i) *Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal.* No Sí
- j) *Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer.* No Sí
- k) *Alergias, anemia, o cualquier otro trastorno de la sangre.* No Sí
- l) *Trastorno del sistema inmune.* No Sí
- m) *Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente.* No Sí
- n) *Ha dado positivo por exposición al VIH (Virus del SIDA) o diagnosticado como enfermo de SIDA ARC causados por infección de VIH u otras enfermedades o patologías derivadas de dicha infección.* No Sí
- ñ) *Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos, ovarios poliquísticos. (APLICA SOLO A MUJERES)* No Sí
- o) *Se encuentra actualmente embarazada. En caso afirmativo, por favor indique la fecha en que se espera el nacimiento. (APLICA SOLO A MUJERES)* No Sí

4. INFORMACIÓN ADICIONAL aplicable al empleado y sus familiares dependientes, que durante los últimos 5 años hayan efectuado o tenido lo siguiente:

- p) *Se le ha practicado un examen, ha recibido consulta o recomendación médica por enfermedad, herida o cirugía.* No Sí
- q) *Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento.* No Sí
- r) *Le han efectuado algún electrocardiograma, rayos x o cualquier otro examen para diagnóstico.* No Sí
- s) *Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado.* No Sí
- t) *En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad.* No Sí
- u) *Se encuentra en estos momentos bajo observación de un médico legalmente autorizado, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo.* No Sí
- v) *Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol.* No Sí
- w) *Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinaciones (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga.* No Sí

5. Por cada respuesta afirmativa en los epígrafes de los apartados 3 y/o 4 detalle a continuación: epígrafe (letra) de la pregunta, persona afectada, dolencia o tratamiento, fecha, duración, nombre del médico y nombre del hospital: (Si necesita más espacio, use el dorso de la hoja siguiente o adjunte otra hoja)

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
