

CUESTIONARIO DE SALUD

SEGURO COLECTIVO DE VIDA DÓLARES

Número de Póliza:

Nombre de Tomador:

Cédula Jurídica:

Datos del Solicitante	
Nombre:	Identificación:
Fax / Email:	Edad de nacimiento:
Estatura:	Peso:

Marque con un ✓ en la casilla correspondiente si por las siguientes condiciones ha recibido tratamiento / este al tanto de padecer / tiene razones para pensar que padece al día de hoy	Sí	No
1. ¿Algún impedimento físicos?		
2. ¿Epilepsia, depresión nerviosa, o cualquier otro trastorno del cerebro o el sistema nervioso?		
3. ¿Tuberculosis o cualquier trastorno de los pulmones, los bronquios, la garganta o las vías respiratorias?		
4. ¿Alergias, fiebre del heno o asma?		
5. ¿Úlcera, colitis, o cualquier otro trastorno del estómago, intestinos, recto, vesícula biliar o el hígado?		
6. ¿Hemorroides, pólipos rectales o cualquier trastorno de la próstata?		
7. ¿Azúcar o albúmina o sangre en la orina, o cualquier trastorno de los riñones, sistema urinario, órganos masculinos o femeninos, o los pechos?		
8. ¿Diabetes, gota o cualquier trastorno de la tiroides o de otras glándulas?		
9. ¿Cualquier trastorno de los ojos, los oídos, la piel, los músculos, huesos o articulaciones?		
10. ¿Cáncer, tumor o quiste?		
11. ¿Cualquier desorden del sistema de la sangre, el corazón o circulatorio?		
12. ¿VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo Relacionado al SIDA (ARC)?		
13. ¿Infertilidad, aborto involuntario o abortos?		
14. ¿Cualquier trastorno o lesión que compromete la columna o sistema esquelético?		
15. ¿Artritis, neuritis o reumatismo o cualquier otro trastorno del tejido conectivo?		
Marque con un ✓ en la casilla correspondiente. Durante los últimos cinco (5) años usted:	Sí	No
16. ¿Ha consultado o sido examinado o tratado por cualquier médico o profesional?		
17. ¿Se realizó una placa de rayos X, electrocardiograma o cualquier prueba de laboratorio o estudio?		
18. ¿Ha sido mantenido en observación o tratamiento en una clínica, hospital o sanatorio?		
19. ¿Tenido o se le ha aconsejado someterse a una operación quirúrgica?		
20. ¿Consultó a un psiquiatra o un psicólogo?		
21. Recibió tratamiento médico recibido por cualquier enfermedad, condición o trastorno no indicado anteriormente?		
21. ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, especifique la fecha prevista de nacimiento.		

Si contestó "Sí" en alguna de las preguntas 1-21 proporcione los datos a continuación: [continuar en hoja aparte, si es necesario]				
Pregunta	Naturaleza del padecimiento	Fecha de visitas	Grado de recuperación (T=Total, P=Parcial, C=Continua)	Nombre Completo y dirección del doctor / dentista

Autorización para obtener y divulgar información: Declaro que todas las respuestas y declaraciones incorporadas a este formulario han sido realizadas de forma voluntaria y consciente, y mediante información veraz, completa, y fidedigna; y entiendo que dichas respuestas y declaraciones son la base sobre la cual se analizará el aseguramiento bajo la póliza indicada. Asimismo, por un espacio de tres meses a partir de esta fecha, autorizo a mi médico hospital o cualquier otro centro médico relacionado a revelar a Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. información sobre mi salud, hábitos o la historia médica. Dicha información únicamente podrá ser solicitada y proporcionada a funcionarios debidamente acreditados de Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. La autorización aquí indicada es extensiva en caso de reclamo de derechos por causa de siniestro, por un plazo adicional de tres meses a partir de la fecha del aviso de siniestro. La confidencialidad y tratamiento de la información dispuesta en la presente cláusula se regirá por las disposiciones aplicables de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y cualquier otra norma aplicable en beneficio de la persona asegurada o solicitante.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número P14-26-A12-442 de fecha 05 de Junio del 2013.

Firma del Solicitante:	Fecha:
------------------------	--------