

PRESENTACIÓN DE EVIDENCIA MÉDICA

PROTECCIÓN CREDITICIA COLONES



NOMBRE DEL TOMADOR:

NRO. DE PÓLIZA DEL TOMADOR:

ASEGURADO:

EDAD DE NACIMIENTO:

ESTATURA:

CÉDULA JURÍDICA:

EXCESO A ASEGURAR:

IDENTIFICACIÓN:

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?		
22. ¿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)				
Preg.	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:

Yo declaro que todas las este formulario ha sido completado con información veraz y completa y entiendo que forma parte la base sobre la cual se analizará el aseguramiento del exceso del monto asegurado sin límite de pruebas. Asimismo, 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. Se entiende además que Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A. se reserva el derecho de solicitar exámenes con un médico de su elección.

Nombre: _____
Cédula de Identidad: _____