

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD PARA COLECTIVO DE VIDA

Nombre del banco o financiera:		Sucursal:	
Nombre del solicitante:			
Dirección residencial:		Tel:	
Fecha de nacimiento:		Cédula:	S.S.
Estatura:	Peso:	Ocupación actual:	
Es usted pensionado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si es pensionado, indicar No. de Planilla:	
Si usted es planilla No. 13, favor de indicar la lesión o enfermedad, por la que fue pensionado:			
Monto del Préstamo:		Plazo de Pago:	

Alguna vez se ha diagnosticado que padece, o se le ha informado haber tenido o tratado por alguna de las siguientes enfermedades:

1. Trastornos del Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. Trastornos Renales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Trastornos del Cerebro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. Trastornos Pulmonares o Respiratorios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Presión Arterial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. Esclerosis Múltiple	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. Lupus Eritematoso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Trastornos del Hígado o Gastrointestinales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	11. Trastornos de la Sangre o Anemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Cáncer o Tumor	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	12. SIDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Ha tenido alguna otra enfermedad que no se le haya mencionado anteriormente? Si No

Favor detalle:

Está usted actualmente embarazada? (Pregunta solo para mujeres) Si No En caso afirmativo, cuántos meses tiene?

Si usted ha contestado SI en algunas de las preguntas anteriores, favor de contestar las siguientes preguntas:

Nombre completo del médico que lo atendió:

Nombre de la Clínica u Hospital:

Está en la actualidad bajo tratamiento médico: Si No Fecha de la última atención:

Condición actual: Pronóstico:

Medicamento que toma en la actualidad:

Alguna vez ha sido hospitalizado: Si No Fecha:

Nombre del Hospital: Motivo:

Si usted no ha sufrido ninguna enfermedad, favor de indicar, cuando fue la última vez que visito a un médico para un chequeo general?

Fecha: Nombre del médico:

Clínica: Exámenes practicados y resultados:

Tiene hábito de fumar: Si No Tiene hábito a las bebidas alcohólicas: Si No

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir el seguro y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la cobertura quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía, la hubiere hecho desistir del contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

AUTORIZACIÓN: Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica, u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica u otra organización, institución o persona que tenga cualquiera información de mi salud, a dar dicha información a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. y a sus Reaseguradores, para lo cual los relevo de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dicha información. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

Fecha

Solicitante

Firma

Nombre del Gesto

Ocupación

Fecha