

Declaración de Salud

Estatura _____ Peso _____ ¿Ha consultado algún medico en los últimos 5 años? _____

Fecha _____ Médico consultado _____

Sufre alguna enfermedad o lesión según su conocimiento o entender, si o no y cual _____

Indique si ha sido sometido a tratamiento (Explicar) _____

Practica algún deporte o pasatiempo _____ Actualmente se encuentra en buen estado de salud _____

Por la presente, declaro y acepto que cada una de las respuestas anteriores es completa, exacta y verdadera, y estoy de acuerdo que sean tomadas como base para emisión o rehabilitación de este seguro. Por medio de este formulario (o copia fotostática del mismo) autorizo a cualquier medico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra entidad para que suministre a Óptima, Compañía de Seguros, S.A., cualquier información medica sobre mi persona, aun cuando fallezca. Queda entendido que el seguro entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la compañía y la primera prima haya sido pagada estando el propuesto asegurado en buen estado de salud.

Fecha: Día ____ / Mes ____ / Año ____

Firma Patrono: _____

Firma Empleado: _____