

DECLARACIÓN DE SALUD

Nombre del Contratante / Afiliado: _____

A CONTINUACIÓN, SE PROCEDERÁ A INDICAR EL ESTADO DE SALUD DE ÉL Y DE CADA UNO DE LOS DEPENDIENTES DEL CONTRATO, A TRAVÉS DEL SIGUIENTE CUESTIONARIO:

1.- ALGUNO DE LOS PROPUESTOS AFILIADOS HA TENIDO ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE:

	SI	NO		SI	NO
1			31		
2			32		
3			33		
4			34		
5			35		
6			36		
7			37		
8			38		
9			39		
10			40		
11			41		
12			42		
13			43		
14			44		
15			45		
16			46		
17			47		
18			48		
19			49		
20			50		
21			51		
22			52		
23			53		
24			54		
25			55		
26			56		
27			57		
28			58		
29			59		
30			60		
			61		

2. - ESPECIFIQUE _____

N.- DE PREGUNTAS POSITIVAS	NOMBRE DE QUIEN PRESENTA LA ENFERMEDAD	TIPO DE ENFERMEDAD	AÑO DEL DIAGNÓSTICO O INICIO DE LOS SÍNTOMAS	NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO U HOSPITAL

3.- DECLARE USTED O UNO DE SUS DEPENDIENTES LO SIGUIENTE:

		SI	NO	AÑO	DETALLE EL MOTIVO / RESULTADO	ESPECIFIQUE DIAGNÓSTICO
1	Ha estado hospitalizado					
2	Ha sido sometido a cirugía					
3	Tiene pendiente alguna cirugía por realizarse					
4	Toma medicación regular o diaria					
5	Tiene algún defecto o secuela a consecuencia de un accidente, enfermedad general o congénita					
6	Se encuentra en estado de gestación o supone estarlo (titular o cónyuge)					

**4.- ANTECEDENTES FAMILIARES
INDIQUE ENFERMEDADES EN SU FAMILIA:**

FAMILIA	DETALLE LAS ENFERMEDADES	EDAD	VIVE	FALLECIÓ	MOTIVO DEL FALLECIMIENTO
PADRE					
MADRE					
HERMANOS					
OTROS (ESPECIFIQUE)					

De acuerdo a la Ley y normativa vigente, el solicitante declara bajo juramento que todo lo anteriormente mencionado es toda la verdad y que no está en conocimiento de padecer él o sus familiares beneficiados, enfermedades crónicas, congénitas diagnosticadas con anterioridad o al momento de su suscripción del Contrato de Asistencia Médica, caso contrario perderá los derechos de indemnización por cualquier atención. Así mismo certifica que tiene conocimiento que la presente declaración de Salud forma parte integrante del Contrato y que este se celebrará en consideración a ella, razón por la cual ha sido llenada en forma veraz, exacta y completa. Si se verificare que los datos de esta declaración son erróneos, incompletos o falsos el afiliado quedará sujeto a la responsabilidad del caso y será causal suficiente para la cancelación del contrato por parte de **PRIMEPRE S.A.** El solicitante faculta a **PRIMEPRE S.A.** para que en el caso de reclamo de beneficiarios requiera la información médica y desde ya, autoriza a los médicos e instituciones de salud, a proporcionar toda la información requerida.

CONTRANTE:

C.I.