

SOLICITUD PARA CAMBIO DE PLAN O CATEGORÍA SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Fecha de solicitud		Fecha de efectividad	
DATOS DEL SOLICITANTE O ASEGURADO PRINCIPAL			
Nombre		Apellidos	
N° de Asegurado		N° de Póliza	
DATOS DEL CONTRATANTE (COMPLETAR SOLO SI DIFIERE DEL TITULAR)			
Nombre			
NCR		NIT	DUI
CAMBIO DE PLAN O CATEGORÍA			
Plan actual		Plan solicitado	
DECLARACIÓN DE SALUD			
a) ¿Está usted (o su esposa) embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿de cuántas semanas?			
b) ¿Usted o algún familiar padece o ha padecido de las siguientes enfermedades? Amplie su respuesta en la línea de la derecha			
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
Cáncer	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
Diabetes	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
Afecciones de la próstata	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo
c) ¿Ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión dentro de los últimos tres (3) meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, especifique quién y que tipo de lesión o enfermedad			
d) ¿Se le ha recomendado a usted o alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, detalle:			
1. Nombre del paciente:		Nombre del médico:	
Tratamiento o intervención quirúrgica:		Fecha:	
2. Nombre del paciente:		Nombre del médico:	
Tratamiento o intervención quirúrgica:		Fecha:	
3. Nombre del paciente:		Nombre del médico:	
Tratamiento o intervención quirúrgica:		Fecha:	
4. Nombre del paciente:		Nombre del médico:	
Tratamiento o intervención quirúrgica:		Fecha:	
<p>Para cualquier cobertura de cirugía, maternidad y gastos médicos mayores bajo el nuevo plan es un requisito indispensable cumplir con los tiempos de espera aplicables por las mismas. En caso de ser hospitalizado por las causas citadas antes de cumplir el periodo de espera correspondiente bajo el nuevo plan, la cobertura se otorgará bajo el límite anterior. Hago constar que las declaraciones que anteceden son completas y verdaderas, que han sido escritas o dictadas por mí, personalmente, y reconozco que son la base para la emisión del seguro que solicito. Declaro que me encuentro en buen estado de salud física y mental, que no me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad grave o terminal, y acepto que de padecer alguna enfermedad no declarada perderé todo derecho a los beneficios o coberturas descritos en la póliza de seguro a la cual pertenece la presente solicitud. Autorizo a todo médico, clínica, hospital o laboratorio clínico que me haya atendido para que suministren a Aseguradora ABANK, S.A. SEGUROS DE PERSONAS cualquier información que esta requiera en relación a mi estado de salud, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona.</p>			
_____ Firma/sello del Contratante	_____ Firma del Solicitante	Fecha / <u> </u> Día / <u> </u> Mes / <u> </u> Año	