

3. SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

De acuerdo con las condiciones de la póliza de Seguro Médico Hospitalario que se cita, comunico a ustedes que deseo aplicar a mis dependientes los cambios detallados a continuación:

3.1 TABLA DE MODIFICACIONES

a. ADICIÓN DE DEPENDIENTE		b. CORRECCIÓN EN NOMBRE						
c. EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTE		d. CORRECCIÓN DE PARENTESCO						
TIPO DE MODIFICACIÓN	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO		ALTURA (METROS)	PESO (LIBRAS)
		DÍA	MES	AÑO	CÓNY.	HIJO(A)		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3.2 DECLARACIÓN DE SALUD PARA DEPENDIENTES

EL SOLICITANTE DEBE LLENAR UNA HOJA POR CADA DEPENDIENTE E INCLUIR EN HOJAS ADICIONALES UNA EXPLICACIÓN PARA TODA RESPUESTA AFIRMATIVA, DE CUALQUIER MIEMBRO DE GRUPO FAMILIAR, QUE PROPORCIONE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. (CÓNYUGE E HIJOS)	(✓)	
	SI	NO
¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido cáncer, derrame cerebral, tumores, infarto de miocardio, ataque cardíaco, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, anemia, hepatitis B, ictericia, dolor en el pecho, tensión alta o baja, soplo cardíaco, asma o enfisema u otra enfermedad circulatoria sanguínea o respiratoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido enfermedades en los riñones, hígado, vejiga, próstata, aparato reproductor, digestivo o de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido algún tipo de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado internado o se le ha aconsejado internarse en algún hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha practicado o aconsejado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha practicado radiografía de tórax o radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha hecho alguna prueba para investigar SIDA o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus antes mencionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido Trastornos nerviosos mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido de pérdida de la vista o del oído, amputación, deformidad, artritis u otra enfermedad muscular, ósea o dermatológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Práctica polo, actividades ecuestres, carreras de motocicletas, caza, alpinismo, buceo, rugby, aerodinamismo (Hang Gliding), paracaidismo, o cualquier otra actividad relacionada y/o peligrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ingiere o es consumidor de bebidas alcohólicas, cigarrillo u drogas conocidos como narcóticos/estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 CUESTIONARIO SOLO PARA MUJERES

	(✓)	
	SI	NO
¿Ha tenido alguna enfermedad en los pechos, matriz u ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha llegado a la menopausia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está usted embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MESES:		
Fecha de su última menstruación	DÍA	MES AÑO

3.4 CUESTIONARIO COVID19

¿Está vacunado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuenta con todas las dosis?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Fecha de próxima dosis:

¿Tuvo alguna reacción adversa? En caso afirmativo, por favor detallarla.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Detalle:
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido diagnosticado por COVID-19? En caso de ser positivo favor indicar la fecha del diagnóstico.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	FECHA (DD/MM/AA)
¿Tiene conocimiento de haber estado en contacto con alguna persona diagnosticada COVID-19 positivo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

En los últimos 15 días usted o algún miembro de su familia ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos húmeda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del sentido del olfato o del gusto

ACLARACIÓN ASSA Vida, S.A, Seguros de Personas se compromete a realizar los cambios solicitados por nuestro cliente de acuerdo a lo escrito en esta solicitud y no se hace responsable por errores de escritura o designación que se encuentren reflejados en este documento.	FIRMA DEL ASEGURADO				
	FECHA EFECTIVA DE MODIFICACIÓN				
	DÍA		MES		AÑO