EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

DECLARACIÓN DE SALUD

Declaraciones de la Persona Por Asegurar (Favor contestar veraz y legiblemente con su puño y letra)

Es importante de informar fidedignamente lo requerido en la presente declaración sobre las condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos; en caso de que no se complete dicha información, la cobertura contratada podría quedar excluida según las condiciones del contrato de seguros.

Nombre y apellidos _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

No. De Identidad _____ Estado Civil _____ Profesional actual _____ Ocupación _____

Domicilio _____

_____

Tel. _____ Email:_____ Celular:_____

Marque su Respuesta	SI	NO	DETALLE
1. Estatura_____mts. Peso_____lbs. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?			¿Causas?
2. ¿Ha sido tratado por algún médico o intervenido quirúrgicamente en los últimos tres (3) años ó tiene alguna operación programada?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Médico? ¿Cuál?
3. ¿Ha sido tratado por algún médico por alcoholismo o adicción a drogas ó consume o ha consumido bebidas alcohólicas o drogas?			¿Médico? ¿Fecha? ¿Cuáles? ¿Frecuencia?
4. ¿Ha padecido o le han diagnosticado las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto de miocardio, Insuficiencia Renal, Accidente Cerebro Vascular, diabetes, tuberculosis, epilepsia, Sida u otra enfermedad?			¿Cuáles? ¿Condición actual? ¿Médico tratante?
5. ¿Tiene algún impedimento físico? ¿Alguna incapacidad total o permanente?			¿Cuáles?

Si ha respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, por favor especifique la siguiente información:

Nombre médicos tratantes _____

Hospital_____

Números de teléfonos_____

Certifico haber contestado ceñido a la verdad, todas las preguntas anteriores y si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, Equidad Compañía de Seguros S. A. se eximirá de toda obligación de indemnizar.

Asimismo, autorizo expresamente a los médicos, hospitales, Instituto Hondureño de Seguridad Social, clínicas o laboratorios que me hayan asistido o que me asistan en el futuro con respecto a mi salud, para que suministren a Equidad Compañía de Seguros S. A., toda la información que requiera con relación al seguro de vida que estoy contratando, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido que una copia fotostática de esta autorización debe ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Lugar y Fecha_____ Firma del Solicitante_____