EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

DECLARACIÓN AMPLIA DE SALUD

Declaraciones de la Persona a 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 | Fecha de Nacimiento

No. De Identidad | Estado Civil | Actividad profesional actual | Edad

Domicilio

_____

_____

__

Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios (Si ocupa más espacio llenar al final)
1. ¿Practica usted algún deporte?			¿Cuáles?
2. a) ¿Cuál es su peso y estatura? Peso: _____lb. Estatura: _____cm.			
b) ¿Ha variado su peso en el último año?			Aumento: _____lb. Disminución: _____lb. ¿Motivo?
3. a) ¿Consume usted bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?
b) ¿Fuma usted?			Cigarros __ Puros __ Pipa__ Cantidad diaria:
c) ¿Hace o ha hecho uso de drogas, estupefacientes o estimulantes?			¿Cuáles? ¿Fecha de última vez?
4. ¿Ha viajado o piensa usted viajar al extranjero?			¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Duración?
5. a) ¿Tiene usted que ser hospitalizado próximamente?			¿Cuándo? ¿Por qué?
b) ¿Le han prescrito para el corazón, hipertensión, anticoagulantes, antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona, inyecciones, etc.…?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuáles?
c) ¿Toma usted o ha tomado medicamentos contra el dolor de cabeza o cualquier otro dolor, somníferos o tranquilizantes?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuáles?
d) ¿Le han prescrito una cura de reposo, desintoxicación, dietética o de algún otro tipo?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Duración?

Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios (Si ocupa más espacio llenar al final)
e) ¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea?			¿Cuándo? ¿Por qué?
f) ¿Le han recomendado donar sangre?			¿Cuándo? ¿Por qué?
g) ¿Ha sido sometido usted a algún examen radiológico (Tórax, aparato digestivo, vías urinarias, esqueleto, etc.…)?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuáles? ¿Resultado?
6. ¿Le han recomendado alguna vez: a) Un electrocardiograma o prueba de esfuerzo?			¿Cuándo? ¿Resultado?
b) Un electroencefalograma?			¿Cuándo? ¿Resultado?
c) Un análisis de sangre?			¿Cuándo? ¿Resultado?
d) Un análisis de orina?			¿Cuándo? ¿Resultado?
e) Un examen de SIDA?			¿Cuándo? ¿Resultado?
f) Un estudio de isótopos radioactivos?			¿Cuándo? ¿Resultado?
g) Una ecografía?			¿Cuándo? ¿Resultado?
h) Una tomografía?			¿Cuándo? ¿Resultado?
i) Una resonancia magnética?			¿Cuándo? ¿Resultado?
j) Una endoscopia?			¿Cuándo? ¿Resultado?
k) Algún otro tipo de examen?			¿Cuándo? ¿Resultado?
7. a) ¿Ha sufrido algún accidente que le dejó algún grado de invalidez?			¿En qué porcentaje? ¿Cuándo? Detalle
b) ¿Se ha reducido su capacidad de trabajo?			¿Desde cuándo? ¿Por qué?
c) ¿Ha estado usted incapacitado en los últimos cinco (5) años durante tres (3) semanas consecutivas?			¿Cuándo? ¿Por qué?
8. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes, u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles?
9. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes: a) Afecciones de los órganos respiratorios: Ronquera crónica, asma, bronquitis, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
b) Afecciones del aparato circulatorio: Infartos, palpitaciones, opresión torácica, sincope, angina de pecho, defecto congénito, presión arterial elevada o baja, flebitis, várices?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
c) Afecciones del sistema nervioso: Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, neurosis, demencia, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?

Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios (Si ocupa más espacio llenar al final)
d) Afecciones del aparato digestivo: trastorno del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos vesiculares, hemorroides, proctitis, fístula del recto, diarrea crónica?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
e) Enfermedades de los oídos: Supuración, disminución de la audición?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
f) Enfermedades de los ojos: Inflamaciones, trastornos de la vista?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
g) Enfermedades de los huesos o de las articulaciones: Osteoporosis, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
h) Enfermedades de la piel?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
i) Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
j) Enfermedades infecciosas: Escarlatina, difteria, amigdalitis a repetición, meningitis, fiebre tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA o enfermedades tropicales (malaria, dengue)?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
k) Afecciones urinarias o de los órganos genitales: Enfermedades de los riñones, de la uretra de la vejiga, o de la próstata, presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
l) Enfermedades de transmisión sexual?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
m) Enfermedades o trastornos no citados anteriormente, por ejemplo: Enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, alergias, etc.…?			¿Cuándo? ¿Cuáles? ¿Tratamiento? ¿Resultado?
10. ¿Ha sido sometido usted a alguna intervención quirúrgica?			¿Cuándo? ¿Por qué?
11. ¿Ha sido tratado usted con rayos X, sustancias radioactivas, etc.…?			¿Cuándo? ¿Por qué?
12. ¿Ha sido usted víctima de algún accidente grave o intoxicación (en caso de traumatismo craneal indicar si hubo coma o pérdida de conocimiento, su duración y secuelas)?			¿Cuándo? ¿Por qué?
13. ¿Ha sido tratado usted por un psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta?			¿Cuándo? ¿Por qué?
14. ¿Ha sido tratado usted por algún otro tipo de médico?			¿Cuándo? ¿Por qué?
15. Nombre del médico que mejor conoce su estado de salud o su médico de cabecera.	⇨		
16. Para personas de sexo femenino: a) ¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿el embarazo ha transcurrido normalmente hasta la fecha?			Fecha prevista del parto. Se ruega indicar nombre del médico tratante y su domicilio.
b) ¿Ha padecido Ud. de alguna afección ginecológica o de los senos?			¿Cuál? ¿Fecha? ¿Duración? ¿Curada?
17. Nombre del médico que mejor conoce su estado de salud o su médico de cabecera.	⇨		

Este espacio lo puede utilizar para completar alguna pregunta que haya contestado afirmativamente o para dar cualquier declaración de su salud que no haya sido dado anteriormente.				
No. de pregunta	**¿Cuándo?**	**¿Duración?**	**¿Secuela?**	**Nombre, domicilio u hospital de médico que lo atendió**

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

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.

Esta renuncia de confidencia médica me obliga a mí, a mis herederos, a mis apoderados y todo aquel que me represente, a colaborar con Equidad Compañía de Seguros S. A., con lo que ella solicite. Así mismo autorizo a la Central de riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, para que proporcionen cualquier información que Equidad Compañía de Seguros S. A. solicite.

Lugar y Fecha

Firma de la persona a asegurar

SI ESTA DECLARACIÓN ES PARTE DE UN SEGURO COLECTIVO FAVOR ANOTAR LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL CONTRATANTE: _____