

Declaración de Salud

Tomador del Seguro

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula de Identidad N° : _____ Nacionalidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

Referente a su **Salud en General**, conteste las siguientes preguntas y por favor marque con equis (X) en el recuadro que corresponda:

1. Indique: Peso: _____ Kg. Estatura: _____ Cm.
 2. ¿Ha variado de peso en los últimos años?..... Sí No
 Explique: _____
 3. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud?..... Sí No
 En caso negativo, ¿indique por qué? : _____
 4. ¿Está efectivamente trabajando?..... Sí No
 En caso negativo, ¿indique por qué? : _____
 5. Indique, ¿qué enfermedad o lesión ha tenido desde su niñez? :

Nombre de la Enfermedad	Fecha	Duración	Efectos posteriores

Nombre de los Médicos que le han asistido	Dirección o teléfono

6. ¿Ha sufrido o sufre alguna de las **enfermedades** siguientes?. En caso que su respuesta sea afirmativa, subráyelas y detállelas:

a) Enfermedades de los ojos, oídos, nariz, garganta, senos paranasales, otros Sí No

Detalle: _____

b) Enfermedades pulmonares: tuberculosis, pulmonía, bronquitis, asma, enfisema, etc. Sí No

Identifíquelas: _____

c) Enfermedades del corazón, arterias o venas: angina de pecho, infarto al miocardio, hipertensión Sí No

¿Padece de soplo cardíaco y/o lesión valvular? Sí No

d) Enfermedades del sistema nervioso: epilepsia, vértigos, desmayos, desvanecimientos o cualquier otro problema mental Sí No

Especifique: _____

e) Enfermedades del estómago, duodeno, hígado, vesícula, colon, intestino delgado: como úlceras, bilharziosis, otros..... Sí No

Menciónelos: _____

f) Reumatismo, ácido urico elevado..... Sí No

g) Enfermedades venéreas o de transmisión sexual Sí No

Especifique: _____

h) Diabetes..... Sí No

Dependiente de insulina Sí No Años de Evolución: _____

i) Enfermedades de la tiroides..... Sí No

j) Tumores benignos y/o malignos o enfermedades de los ganglios..... Sí No

Especifique: _____

k) Enfermedades de los riñones y vías urinarias: cálculos, crecimiento prostático, etcétera..... Sí No

l) Enfermedades de la sangre o de los huesos..... Sí No

m) Hemofilia..... Sí No

Detalle: _____

7. ¿Ha sido usted sometido a alguna intervención quirúrgica?..... Sí No
 Fecha: _____ ¿En qué órgano? : _____
 Resultado de la Biopsia (Anexar Informe): _____
8. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico?..... Sí No
 Especifique: _____
9. ¿Ha tenido usted que interrumpir por motivos de salud su actividad Profesional o Deportiva en el curso de los últimos 5 años por una duración superior o igual a 15 días? Sí No
 ¿Cuántos y por qué? : _____
10. ¿Ya se ha sometido usted alguna vez a un test para la determinación del virus del SIDA? Sí No
 a) En caso afirmativo,
 Fecha del último examen: _____ ¿Cuál fue el resultado? Positivo Negativo
 En caso que el resultado del examen haya sido positivo, detalle: _____
 b) En caso negativo, ¿le ha sido recomendado someterse a un examen de esta naturaleza?..... Sí No
11. ¿Tiene pendiente algún examen diagnóstico?..... Sí No
 Especifique: _____
12. ¿Ha recibido Ud. transfusiones de sangre en el curso de los últimos 5 años?..... Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuándo y por qué?: _____
13. **Conteste las siguientes preguntas, en caso que el solicitante sea mujer:**
 a) ¿Está usted Embarazada? Sí No
 ¿Cuántas Semanas? : _____ ¿Hay complicaciones en su Embarazo? Sí No
 b) Indique fecha de última regla (FUR)..... _____
 c) ¿Ha tenido afección de los senos? Sí No
 ¿Se ha practicado mamografía? Sí No
 En caso de ser afirmativa su respuesta indique la fecha y los resultados obtenidos:

 d) ¿En qué fecha se practicó el último examen ginecológico? : _____
 ¿Por qué? : _____
 Resultado del Papanicolao: _____
- Médico: _____ ¿Tiene diagnóstico de fibromatosis uterina? Sí No

Referente a sus **Hábitos** conteste las siguientes preguntas y por favor marque con equis (X) en el recuadro que corresponda:

14. ¿Fuma usted habitualmente? Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué edad comenzó usted a fumar? : _____

Marque con una equis (X) la cantidad de cigarrillos que consume diariamente:

10 20 30 Más de 30 cigarrillos al día

Si es fumador, especifique fecha de su último RX de Tórax: _____ Precise el resultado o anexe el informe del radiólogo: _____

15. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No

En caso afirmativo, marque con una equis (X) el consumo promedio:

Diario Semanal, indique:

2 copas o menos 5 copas 10 copas _____ copas

¿Ha estado usted bajo tratamiento por alcoholismo? Sí No

En caso afirmativo, indique los detalles: _____

16. ¿Ha consumido o consume usted algún tipo de estupefacientes? : Sí No

En caso afirmativo, indique los detalles: _____

En cuanto a los **Antecedentes Familiares** complete la siguiente información:

Parentesco	Edad (Si vive)	Estado de Salud B = Buena M = Mala B M	Detalle, en caso que el Estado de Salud sea malo	Edad (a la muerte)	Causa	Detalle
Padre		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Madre		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Cónyuge		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Hermanos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Hermanas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Hijos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Pormenores: _____

Subraye lo que corresponda:

17. ¿Ha habido en su familia enfermedades contagiosas o hereditarias? (Epilepsia, locura, parálisis, cáncer, tuberculosis, SIDA u otras)..... Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

18. ¿Ha convivido con alguno de sus familiares que padecieron enfermedades señaladas en la pregunta anterior? Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

Yo, el Tomador, **DECLARO:**

- I. Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una todas las preguntas y respuestas consignadas en el interrogatorio presente y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- II. Que no he omitido, ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de La Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- III. Que esta Declaración de Salud es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente, formando parte integrante del contrato y que cesa la responsabilidad de La Empresa de Seguros, siendo nulo dicho contrato en caso de fraude o declaración falsa.
- IV. Si no existiese beneficiario alguno, el pago de la suma asegurada se efectuará a mis herederos legales.

AUTORIZO a Royal & SunAlliance Seguros (Venezuela), S.A. a obtener información acerca de mi salud de médicos, clínicas u hospitales, así como de otras compañías de seguros que puedan ofrecer información sobre mi persona, y que dichas personas o instituciones quedan autorizadas a suministrar la referida información.

(En caso que esta solicitud sea completada por un menor de edad, deberá ser firmada por uno de los padres o representante legal).

Firmado en _____ el _____ de _____ de 20_____

Firma del Intermediario de Seguros

Código N°: _____

Firma del Tomador del Seguro

Cédula de Identidad N° _____

La responsabilidad de la compañía no comienza hasta que la Póliza haya sido emitida y la prima pagada.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10178 de fecha 05 de Septiembre de 2002

Página 5 de 5

Forma 461028 (11-2002)