

**ASEGURADO**
**ATRONO**
**NOTA DE IMPORTANCIA**

- Inclusión de Asegurados (completar parte A, B, D, E y F)
- Inclusión de Dependientes (completar parte A, C, D, E y F)

(Completar parte F)

Todos los datos aquí solicitados deberán ser debidamente completados, de lo contrario el mismo será devuelto.

**PARTE A - INFORMACION GENERAL DEL EMPLEADO**

 Grupo Asegurado:  Póliza:   
 Nombre del Asegurado:  No. Ident/Cédula: 
**PARTE B - PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA SI MISMO**

 Altura  Peso  libras Fecha de Nacimiento      
dd mm aaaa
**PARTE C - PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA DEPENDIENTES**

(Si se necesita más espacio utilice un formulario adicional)

NOMBRE COMPLETO	Compl. Hijos		FECHA DE NACIMIENTO			ALTURA	PESO	No. DE IDENTIFICACIÓN / CÉDULA	PARA USO DE AIG-METROPOLITANA
	(✓)		Día	Mes	Año	(cm)	(Libras)		

**PARTE D - DECLARACIÓN DE SALUD DEL EMPLEADO Y DE SUS DEPENDIENTES**

1. ¿Ha recibido usted o sus dependientes algún tratamiento o han sido diagnosticados por un médico?

	si	no		si	no		si	no
1.1 Sistema Respiratorio			1.5 Sistema Locomotor			1.9 Diabetes		
1.2 Sistema Cardiovascular			1.6 Sistema Nervioso			1.10 Hernia		
1.3 Sistema Digestivo			1.7 Cáncer			1.11 Tumores		
1.4 Sistema Urinario			1.8 Columna Vertebral			1.12 Alta Presión		

2. ¿Ha estado usted de paciente en un hospital e institución similar durante los tres últimos años?
3. ¿Ha sido examinado por, o consultado algún médico durante los tres últimos años?
4. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento?
5. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento?
6. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad, o enfermedad no cubierto en los epígrafes 1 al 5?
7. Si es mujer, ¿Está embarazada? ¿Cuántos meses?
8. Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud para obtener o para rehabilitar una póliza de seguro de vida, accidente o de salud?
9. ¿Es su intención solicitar consejo médico, tratamiento o le han practicado algún examen médico?
10. ¿Ha recibido consejo médico o tratamiento con relación al SIDA o alguna condición de esta?
11. ¿Le han informado a usted o alguno de sus dependientes que padece de SIDA o algún complejo del SIDA?
12. ¿Se ha afectado o le han dicho que obtuvo un examen de sangre positivo hacia los anticuerpos del SIDA?
13. ¿Ha tenido diagnóstico médico a raíz de los siguientes síntomas: fatiga, pérdida de peso, diarrea, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos o lesiones epidérmicas inusuales?

Si ha contestado "Si" a alguna de las preguntas 1 al 13 arriba indicadas, explique los detalles a continuación:

Nombre (Asegurado / Dependiente)	Resp. No.	Condición / Detalle (si fue operado especifique)	Lugar / Fecha	Nombre y Duración de Médicos y Hospitales

**(VEASE AL DORSO)**

### PARTE E - INFORMACIÓN SOBRE OTRO SEGURO DEL EMPLEADO Y DE SUS DEPENDIENTES

Indique otras pólizas que el asegurado y/o dependiente posea, colectivas e individuales. En caso que no hayansido declaradas en la tarjeta de inscripción.

NOMBRE (Asegurado / Dependiente)	PÓLIZA (✓)			COMPAÑÍA DE SEGUROS	No. DE PÓLIZA
	COL.	INDV.	AUTO		

### PARTE F - ESTA SECCIÓN DEBERA SER FECHADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADO Y PATRONO

Se tiene entendido y se está de acuerdo que:

1. Por medio de la presente declaro que las respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo. Cualquier falsedad o reticencia en las mismas, eximirá a AIG-METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. de toda obligación de indemnizar.
2. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital o sanatorio para que imparta ala AIG-METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. cualquier información que solicite con respecto acualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.
3. AIG-METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptarcualquier solicitud de inscripción.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
dd mm aaaa

FECHA

\_\_\_\_\_  
PATRONO o TENEDOR

\_\_\_\_\_  
EMPLEADO

### PARA USO DE AIG-METROPOLITANA

Condiciones Pre-existentes

Exclusiones

Observaciones y/o  
Comentarios

El Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Declaración de Salud Seguro de Asistencia Médica Corporativo el registro N° 53991 con oficio N° SCVS-IRQ-DRS-2021-00053059-O de 18 de octubre 2021