

Asegurado titular: _____ No. Póliza/Certificado 0251- _____

Solicito las siguientes modificaciones al Certificado de Seguro indicado arriba.

1. Inclusión de familiares dependientes a cobertura médica:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento			Estatura (m)	Peso (lb)	Sexo (M/F)	No. DUI
		DÍA	MES	AÑO				

2. Excluir de la cobertura Médica a los siguientes familiares dependientes:

Nombre completo	Parentesco

3. Cambio de suma asegurada Plan Médico:

Actual	Cambiar a
\$100,000	\$100,000
\$250,000	\$250,000
\$500,000	\$500,000
\$750,000	\$750,000

4. Cambio de suma en mi Seguro de Vida

Actual	Cambiar a
\$15,000	\$15,000
\$20,000	\$20,000
\$30,000	\$30,000
\$40,000	\$40,000

5. Inclusión de Plan Dental
6. Incluir Seguro de Vida para mi cónyuge:

Nombre completo	Fecha de nacimiento			Estatura (m)	Peso (lb)	Sexo (M/F)
	DÍA	MES	AÑO			

Beneficiarios del seguro:

Nombre completo	Parentesco	% Asignado

7. Excluir el Seguro de Vida de mi cónyuge
8. Cambio de beneficiarios del Seguro de Vida
a. Titular

Revoco en su totalidad la designación de beneficiarios de mi seguro de vida realizada anteriormente y en su lugar designo a partir de hoy a:

Nombre completo	Parentesco	% Asignado

b. Cónyuge

Revoco en su totalidad la designación de beneficiarios de mi seguro de vida realizada anteriormente y en su lugar designo a partir de hoy a:

Nombre completo	Parentesco	% Asignado

IMPORTANTE: a excepción del cambio de beneficiarios del Seguro de Vida, el cual surge efectos a partir de la fecha en que se recibe la notificación escrita en la Aseguradora, todos los demás cambios serían efectivos, si proceden, a partir del día 1º del mes siguiente al de la solicitud.

Declaración de Salud es obligatoria para todo aumento de suma asegurada (Gastos Médicos o Vida), inclusión por primera de vez de Seguro de Vida e inclusión de dependientes a cobertura médica. Todos los cambios solicitados quedan sujetos a evaluación. Se podrá solicitar informes/exámenes médicos adicionales, a criterio de la Aseguradora. Los cambios solicitados formarán parte del contrato de seguro y tendrán efecto hasta que la Aseguradora notifique por escrito la aceptación y se emitan los documentos correspondientes.

Nombre del Asegurado Titular _____ N° DUI _____

Firma del Asegurado Titular _____ Fecha _____

Datos y firma del cónyuge (indispensable en caso de inclusión, exclusión o modificación de su seguro de Vida o modificación de beneficiarios):

Nombre completo _____ N° DUI _____

Firma _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE ASEGURADORA AGRÍCOLA COMERCIAL, S.A.

RESOLUCIÓN

APROBADO

DENEGADO

Vigencia a partir:

Comentarios _____

Depto. de Suscripción

Fecha

DECLARACION DE SALUD

1. Nombre y especialidad de los médicos que lo atienden regularmente a Usted y a los miembros de su grupo familiar a asegurar:

2. ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurar se encuentra actualmente tomando algún medicamento o recibiendo algún tratamiento médico, o se le ha recomendado alguna cirugía o tratamiento? SI NO

En caso afirmativo, dar detalles: (persona afectada, diagnostico, medicamentos que toma, tratamiento médico, cirugía o procedimiento)

3. Favor indicar las enfermedades o condiciones médicas que padecen o han padecido Usted y cualquier miembro del grupo familiar a asegurar. Indique con un (✓) en la casilla correspondiente y subraye el padecimiento.

	Asegurado Titular	Dependientes	Nombre de la persona para quien es afirmativa la respuesta
1. ¿Padecimientos de la vista, oídos, nariz o garganta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza severos, enfermedad cerebral, defectos al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trastornos mentales o nerviosos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿Dificultades para respirar, bronquitis crónica, sinusitis, asma, expectorar sangre, pleuresía, enfisema, tuberculosis, neumotórax o trastornos respiratorios crónicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4. ¿Dolores en el pecho, infarto cardíaco, arritmia cardíaca, presión arterial alta o baja, fiebre reumática, soplo cardíaco, o cualquier otro trastorno del corazón, vasos arteriales o venas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, gastritis, úlcera, colitis, reflujo gastroesofágico, dispepsia, hernias, estreñimiento, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, intestinos, hígado, páncreas, vesícula biliar, recto y ano?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina; enfermedades de transmisión sexual, nefritis, cálculos renales o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, sistema urinario, próstata u órganos reproductivos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7. ¿Diabetes, hipoglicemia, dislipidemia, ácido úrico elevado, enfermedades tiroideas u otro trastorno endócrino?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
8. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
9. ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, columna vertebral, discos intervertebrales, espalda y articulaciones?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

10. ¿Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quistes, tumores o cáncer?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, médula ósea, bazo o sistema linfático?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. ¿Infección VIH, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Condiciones médicas asociadas al SIDA, o prueba que resultó positiva para la detección de infección por el virus del SIDA, Hepatitis B ó C, Lupus o cualquier otra enfermedad por deficiencia inmunitaria o por enfermedades autoinmunes?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13. ¿Padece o ha padecido usted o cualquier miembro de su grupo familiar algún trastorno mental o físico, o cualquier enfermedad o malformación congénita?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14. Además de lo mencionado en los numerales previos, durante los últimos 5 años: a. ¿Ha sido paciente de un hospital o clínica? b. ¿Se ha hecho electrocardiogramas, radiografías u otras pruebas diagnósticas? c. ¿Se le ha indicado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha realizado aún?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15. ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurarse está usando o ha usado alguna vez cualquier tipo de droga, barbitúricos, anfetaminas o drogas que producen alucinamiento como estupefacientes y/o psicotrópicos (incluyendo marihuana)?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16. ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas, alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño, etc?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17. ¿Ha sido usted o cualquier miembro de su grupo familiar a asegurarse, receptor o donador de órganos?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18. ¿Ha recibido usted o cualquier miembro de su grupo familiar a asegurarse, tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PARA MUJERES (TITULAR O DEPENDIENTE)

19. ¿Está actualmente embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha estimada del parto)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
---	--	--	--

HÁBITOS Y ACTIVIDADES ESPECIALES

20. ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente o ha fumado, consume o ha consumido en el pasado alcohol u otras drogas? (indicar cantidades)	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21. ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes, alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte considerado de alto riesgo o peligroso?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22. ¿Es o piensa entrenarse para piloto o miembro de tripulación de aeronaves de uso privado o comercial?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA, INDICAR LO SIGUIENTE:

Número de pregunta, nombre de la persona afectada, padecimiento, fecha de la enfermedad, nombre del médico y lugar del tratamiento (Agregue cualquier otra información que considere importante para la evaluación)

#	Persona afectada	Padecimiento	Fecha padecimiento	Hospital/ clínica

Hago constar que las informaciones que figuran en esta solicitud para la apreciación del riesgo las he dado personalmente y que son verdaderas y completas. Autorizo a cualquier entidad o profesional de la salud que tenga información sobre mi salud y la de cualquier miembro de mi grupo familiar, para que a solicitud de la Aseguradora entregue dicha información para que sea utilizada en la evaluación de esta Solicitud y así pueda ayudar a determinar mi asegurabilidad. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

Nombre del Declarante _____ N° DUI _____

Firma del Declarante _____ Fecha _____