



**SOLICITUD DE REHABILITACION
PARA SEGURO DE VIDA Y GASTOS MEDICOS**

Este cuestionario es confidencial para uso de la Compañía.

NOMBRE ASEGURADO TITULAR: _____

NÚMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE CERTIFICADO: _____

NÚMERO DE TARJETA: _____ TELEFONO: _____

Deseo rehabilitar mi póliza de seguro a partir de (____/____/____) (la fecha de rehabilitación **DEBE** ser anterior a la fecha de recepción de este documento en las oficinas de la Compañía). Esta solicitud está sujeta a las normas de selección de la Compañía, el Asegurado será notificado por escrito de la fecha efectiva de su Rehabilitación, se hace constar que la Cobertura del Seguro únicamente podrá ser rehabilitada un máximo de **dos (2)** oportunidades y encada caso se ofrece continuidad de la cobertura del seguro al ser aprobada la rehabilitación.
En cualquier caso de rehabilitación el Asegurado Titular deberá poner al día el saldo de primas pendientes de pago, adjuntar carta indicando que no tiene reclamos a presentar por él y sus dependientes y completar el siguiente cuestionario de salud de lo contrario no podrá autorizarse la presente Rehabilitación.

CUESTIONARIO DE SALUD			
Marque SI o NO, de ser afirmativa su respuesta en el siguiente cuadro detalle en la casilla correspondiente la persona que aplica al padecimiento:			
PREGUNTA	RESPUESTA		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1) Mientras su póliza estuvo cancelada y sin cobertura, a usted o algún miembro de su grupo asegurado ¿le fue diagnosticada o tratada alguna enfermedad, molestia, alteración de salud o tuvo algún accidente?	SI	NO	
2) Usted o algún miembro de su grupo asegurado ¿Padece actualmente alguna enfermedad, alteración de la salud o está recuperándose de un accidente?	SI	NO	
3) Usted o algún miembro de su grupo asegurado ¿Está tomando algún medicamento?	SI	NO	
4) Indique fecha de su última menstruación _____ ¿Se encuentra actualmente embarazada? (Si su respuesta es afirmativa, favor indicar fecha probable del alumbramiento)	SI	NO	

Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia o tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia o tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia o tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	
Pregunta No.	Persona a la que aplica	Dolencia o tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Deseo rehabilitar mi póliza con los mismos Beneficiarios, Dependientes y beneficios,

Si ☐ No ☐

***Si su respuesta es NO, indique las modificaciones que desea:**

DECLARACIONES: Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, la Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.

Consiento que de comprobarse que la información que he declarado en la presente solicitud es de falso testimonio, la Compañía está facultada para declinar y/o cancelar la cobertura proveniente de este seguro, sin que ello involucre responsabilidad alguna para dicha Compañía, también hago constar que la información declarada en la presente formará parte del Contrato de Seguro con la Compañía y convengo en que la rehabilitación solicitada no será efectiva a menos que y hasta tanto la Compañía haya aprobado y notificado por escrito la misma.

Por tanto la Compañía queda liberada de responsabilidad sobre cualquier reclamación a mi nombre o de mis dependientes que se hubiere originado desde la fecha de caducidad de esta póliza a la fecha de rehabilitación y hago del conocimiento de la Aseguradora que **NO** tengo ningún reclamo pendiente de presentar, ninguna operación programada y que mi estado de salud y de mis dependientes es estable.

Fecha

Firma Asegurado Titular

Para uso de la Compañía de Seguros
NOTA: El (los) cambio(s) arriba solicitado(s) ha(n) sido registrado(s) y operado(s) por la Compañía.

Fecha

Firma empleado y sello de la Compañía