



ASEGURADO

PATRONO

- Inclusión de Asegurados (completar parte A, B, D, E y G)
- Inclusión de Dependientes (completar parte A, C, D, E y G)
- Incremento en Suma Aseg. (completar parte A, B, D y G)
- (Completar parte F y G)

NOTA DE IMPORTANCIA
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:

(indique los guiones correspondientes)

PARTE B - PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA SI MISMO

Altura pies-pulgadas Peso libras Fecha de Nacimiento Día Mes Año

PARTE C - PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA DEPENDIENTES
(Si se necesita más espacio utilice un formulario adicional)

NOMBRE COMPLETO	(✓)		FECHA DE NACIMIENTO			ALTURA	PESO	No. DE IDENTIFICACION / CEDULA (Indique los guiones correspondientes)	PARA USO DE AIG METROPOLITANA
	Cony	Hijos	Día	Mes	Año	(pies/pulg.)	(Libras)		

PARTE D - DECLARACION DE SALUD DEL EMPLEADO Y DE SUS DEPENDIENTES

1. ¿Ha recibido usted o sus dependientes algún tratamiento o han sido avisados que sufre de lo siguiente?

	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 Hernía		
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 ésta?

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. ¿Sufre de los siguientes síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos o lesiones epidémicas 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 especifíquelo)	Lugar / Fecha	Nombre y Duración de Médicos y Hospitales

(VEASE AL DORSO)

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

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

NOMBRE (Asegurado / Dependiente)	POLIZA(✓)			COMPAÑÍA DE SEGUROS	No. DE POLIZA
	COL.	INDIV	AUTO		

PARTE E - PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

	Si	No	Si contesta "Si", dé detalles y fechas
¿El empleado desea aumentar su cobertura de seguro? ¿A cuánto asciende el incremento?			
Del punto de vista de salud, ¿Sabe Ud. algún motivo por el cual el empleado no deba asegurarse bajo este Plan de Seguro Colectivo?			
¿Ha estado ausente el empleado de su trabajo debido a lesiones o enfermedad durante los últimos seis meses?			

PARTE G - ESTA SECCION 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 manifestaciones y 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 omisión, inexactitud u ocultamiento 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 a la AIG METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. cualquier información que solicite con respecto a cualquier 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 aceptar cualquier solicitud de inscripción.

DIA	MES	AÑO

FECHA

--

PATRONO o TENEDOR

--

EMPLEADO

Condiciones Pre-existentes

--

Exclusiones

--

**Observaciones y/o
Comentarios**

--