

DECLARACIÓN DE SALUD

Bienvenidos a Plan Vital Vitalplan S.A.

En el siguiente formulario, **marque con una "X"** la casilla de cada una de las enfermedades que tiene o ha tenido, por cada uno de los beneficiarios que desea incorporar a su contrato. **Por favor llene los campos con letra legible de imprenta.**

Beneficiario 1

<input type="text"/>	
1.1 ¿Se le ha prescrito medicina continua en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>	1.2 ¿Ha tenido problemas osteomusculares en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>
1.1 ¿Para qué enfermedad? <input type="text"/>	1.2 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>
1.3 ¿Se le ha diagnosticado diabetes mellitus? <input type="checkbox"/>	1.4 ¿Se le ha diagnosticado úlcera sangrante? <input type="checkbox"/>
1.3 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	1.4 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
1.5 ¿Se le ha diagnosticado cáncer? <input type="checkbox"/>	1.6 ¿Se le ha diagnosticado asma bronquial? <input type="checkbox"/>
1.5 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>	1.6 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
1.7 ¿Se le ha diagnosticado hipertensión arterial y/o enfermedad cardiaca? <input type="checkbox"/>	1.8 ¿Padece o ha padecido otra enfermedad? <input type="checkbox"/>
1.7 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	1.8 ¿Cuál? <input type="text"/>

Beneficiario 2

<input type="text"/>	
2.1 ¿Se le ha prescrito medicina continua en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>	2.2 ¿Ha tenido problemas osteomusculares en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>
2.1 ¿Para qué enfermedad? <input type="text"/>	2.2 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>
2.3 ¿Se le ha diagnosticado diabetes mellitus? <input type="checkbox"/>	2.4 ¿Se le ha diagnosticado úlcera sangrante? <input type="checkbox"/>
2.3 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	2.4 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
2.5 ¿Se le ha diagnosticado cáncer? <input type="checkbox"/>	2.6 ¿Se le ha diagnosticado asma bronquial? <input type="checkbox"/>
2.5 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>	2.6 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
2.7 ¿Se le ha diagnosticado hipertensión arterial y/o enfermedad cardiaca? <input type="checkbox"/>	2.8 ¿Padece o ha padecido otra enfermedad? <input type="checkbox"/>
2.7 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	2.8 ¿Cuál? <input type="text"/>

Beneficiario 3

<input type="text"/>	
3.1 ¿Se le ha prescrito medicina continua en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>	3.2 ¿Ha tenido problemas osteomusculares en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>
3.1 ¿Para qué enfermedad? <input type="text"/>	3.2 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>
3.3 ¿Se le ha diagnosticado diabetes mellitus? <input type="checkbox"/>	3.4 ¿Se le ha diagnosticado úlcera sangrante? <input type="checkbox"/>
3.3 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	3.4 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
3.5 ¿Se le ha diagnosticado cáncer? <input type="checkbox"/>	3.6 ¿Se le ha diagnosticado asma bronquial? <input type="checkbox"/>
3.5 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>	3.6 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
3.7 ¿Se le ha diagnosticado hipertensión arterial y/o enfermedad cardiaca? <input type="checkbox"/>	3.8 ¿Padece o ha padecido otra enfermedad? <input type="checkbox"/>
3.7 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	3.8 ¿Cuál? <input type="text"/>

En el siguiente formulario, **marque con una "X"** la casilla de cada una de las enfermedades que tiene o ha tenido, por cada uno de los beneficiarios que desea incorporar a su contrato. **Por favor llene los campos con letra legible de imprenta.**

Beneficiario 4

4.1 ¿Se le ha prescrito medicina continua en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>	4.2 ¿Ha tenido problemas osteomusculares en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>
4.1 ¿Para qué enfermedad? <input type="text"/>	4.2 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>
4.3 ¿Se le ha diagnosticado diabetes mellitus? <input type="checkbox"/>	4.4 ¿Se le ha diagnosticado úlcera sangrante? <input type="checkbox"/>
4.3 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	4.4 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
4.5 ¿Se le ha diagnosticado cáncer? <input type="checkbox"/>	4.6 ¿Se le ha diagnosticado asma bronquial? <input type="checkbox"/>
4.5 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>	4.6 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
4.7 ¿Se le ha diagnosticado hipertensión arterial y/o enfermedad cardíaca? <input type="checkbox"/>	4.8 ¿Padece o ha padecido otra enfermedad? <input type="checkbox"/>
4.7 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	4.8 ¿Cuál? <input type="text"/>

Beneficiario 5

5.1 ¿Se le ha prescrito medicina continua en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>	5.2 ¿Ha tenido problemas osteomusculares en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/>
5.1 ¿Para qué enfermedad? <input type="text"/>	5.2 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>
5.3 ¿Se le ha diagnosticado diabetes mellitus? <input type="checkbox"/>	5.4 ¿Se le ha diagnosticado úlcera sangrante? <input type="checkbox"/>
5.3 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	5.4 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
5.5 ¿Se le ha diagnosticado cáncer? <input type="checkbox"/>	5.6 ¿Se le ha diagnosticado asma bronquial? <input type="checkbox"/>
5.5 ¿En qué parte del cuerpo? <input type="text"/>	5.6 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>
5.7 ¿Se le ha diagnosticado hipertensión arterial y/o enfermedad cardíaca? <input type="checkbox"/>	5.8 ¿Padece o ha padecido otra enfermedad? <input type="checkbox"/>
5.7 ¿Hace cuánto? <input type="text"/>	5.8 ¿Cuál? <input type="text"/>

(*) ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS. Por favor llene los campos con letra legible de imprenta.

Beneficiario	¿Qué cirugía?	Fecha (dd / mm / aaaa)	Lugar/Institución

Si la compañía lo requiere, se solicitará más adelante resultados de exámenes, imágenes y/o informe del médico tratante de ser necesario, por lo que autorizo a Plan Vital Vitalplan S.A. a solicitar a cualquier médico, practicante de medicina, hospital, clínica u otra entidad médica relacionada con la medicina, compañía de seguros, empresa de medicina prepagada u otra organización, institución, o persona que tenga historial clínico médico o conocimientos míos y/o de mi salud, a proporcionar dicha información.

Acepto que Plan Vital Vitalplan S.A. a través de su departamento de Auditoría Médica analice y audite los diagnósticos que se presenten durante la vigencia de este contrato acorde a la bibliografía (guías de prácticas clínicas nacionales e internacionales, estudios, ensayos o análisis clínicos, entre otras herramientas médico científicas) y a las condiciones estipuladas en el mismo para determinar condiciones preexistentes.

Yo, _____, conozco y acepto expresamente la obligación de actuar de buena fe y de declarar todas las preexistencias que al monto de la contratación mantengo, puesto que, de no hacerlo, PLAN VITAL podrá, en conformidad a lo establecido dentro del Artículo 38 de la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, solicitar la terminación del contrato mediante reclamo sustanciado. A su vez, estoy consciente que cualquier reclamo por cobertura de preexistencia no declarada no será cubierta y PLAN VITAL podrá iniciar las acciones legales, judiciales y administrativas que considere pertinente.

TITULAR

FECHA: dd mm aaaa

RESOLUCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

Aceptado sin restricción

Aceptado con restricción

Observación:

AUDITORÍA MÉDICA

FECHA: dd / mm / aaaa