ANEXO No. 6
FORMULARIOS
FORMULARIO No. 1
DECLARACIÓN DE PREEXISTENCIAS

Nombre de la Empresa: _____

R.U.C.: _____ **N° de contrato:** _____

Nombre de Usuario: _____ **Cédula:** _____

A continuación y en cada una de las preguntas del listado síruase responder: Si, No y en caso de respuesta afirmativa ampliar en detalle, indicando las patologías que sean de su conocimiento o hayan sido diagnosticadas en algún momento previo a la firma de esta declaración de salud. Conforme se estipula en el artículo 34 de la Ley Orgánica, la omisión en la declaración de cualquier patología conocida previamente, libera a SALUDSA de la responsabilidad de financiamiento.

1. ¿Usted o algunos de los Beneficiarios ha presentado síntomas y/o signos de enfermedad o han sido diagnosticados de alguna enfermedad anterior a la emisión de este contrato? SI ☐ NO ☐

DETALLE:

2. ¿Al momento padece alguna enfermedad que se encuentre en tratamiento? SI ☐ NO ☐

DETALLE:

3. ¿Ha estado hospitalizado por cualquier razón? En caso de respuesta positiva indique por qué, fecha de hospitalización, clínica u hospital donde estuvo internado. SI ☐ NO ☐

DETALLE:

4. ¿Ha sido operado por alguna enfermedad? SI ☐ NO ☐

DETALLE:

5. ¿Ha tomado o esta tomando alguna medicación ? En caso de ser afirmativo detalle el tipo de medicación. SI ☐ NO ☐

DETALLE:

6. ¿Posee carnet de discapacidad otorgado por el Ministerio?. En caso afirmativo indique el diagnóstico y el porcentaje de discapacidad asignada. SI ☐ NO ☐

DETALLE:

Declaración de Preexistencias de Afiliado y Beneficiarios :	
Afiliado	
Cónyuge/ Conviviente Legal	
Beneficiario 1	
Beneficiario 2	
Beneficiario 3	

¿Cuál de las siguientes enfermedades ha tenido usted y/o su familia?

Enfermedades	Afiliado	Cónyuge/ Conviviente Legal	Beneficiario 1	Beneficiario 2	Beneficiario 3
Hipertensión arterial					
Diabetes de cualquier tipo					
Cáncer					
Tumores benignos o malignos (Tiroides, seno, útero, ovario, próstata, etc.)					
Lupus					
Artritis, artrosis, reumatismo					
Problemas en las rodillas					
Desviación del tabique nasal					
Rinitis, sinusitis					
Hernia de columna					
Hernia abdominal					
Úlcera gástrica					
Cálculos a la vesícula					
Cálculos al riñón					
Infección de vías urinarias a repetición					
Várices					
Problemas del corazón					
Insuficiencia renal					
Hemorroides					
Depresión					
Sangrados uterinos, miomas					
Enfermedad de la próstata					
Enfermedad de la tiroides					
Linfoma leucemia					

El Usuario certifica que ha leído y revisado todos los puntos anteriores, y que lo declarado en este documento corresponde a la realidad de su estado de salud actual, informando a SALUDSA de cualquier patología que padeciera y que sea de conocimiento previo a la suscripción de este Contrato. De igual manera manifiesta que en caso de haber omitido cualquier tipo de información o de no haber declarado enfermedades preexistentes y que sean de su conocimiento, previo a la suscripción de este Contrato, no tendrán cobertura en ningún momento como lo estipula la legislación vigente para estos fines. Lo cual se reputará como incumplimiento a la buena fe establecida en el Contrato, y será causal para su terminación.

_____

FIRMA AFILIADO / BENEFICIARIO