SEGUROS BANRURAL
Te ayuda a crecer seguro y tranquilo

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVO

DATOS DEL ASEGURADO INDIVIDUAL

☐ Seguro de Vida y Gastos Médicos ☐ Inclusión Asegurado Principal y Dependientes ☐ Inclusión solo para Dependientes

Nombre del Contratante	No. De Póliza	Opción Seleccionada por el asegurado
Fecha de Ingreso a laborar en la empresa contratante		

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Número de Identificación	Tipo de Identificación ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet Residente		Fecha de Nacimiento (día-mes-año)

Género ☐ M ☐ F	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre	Nombre completo cónyuge
Lugar de Nacimiento Ciudad _____ Municipio_____ Depto. _____ País _____		Profesión, ocupación u oficio Ingreso mensual

Dirección completa de residencia (incluyendo departamento / municipio / ciudad)	Teléfono de Residencia	Teléfono de Oficina
	Teléfono Celular	E-Mail
Médico de Cabecera (El que usualmente consulta)	Hospital o clínica que lo atiende	
Peso (Lbs.)	Estatura (Mts.)	

Empresa donde trabaja	Área	Cargo	Tiempo de Laborar
Dirección Laboral (Municipio)	Depto.	País	Teléfono	Fax	E-mail
---	---	---	---	---	---

Dependientes que desea incluir en el Seguro de Gastos Médicos

Nombre Completo	Género	Parentesco	Ocupación	Peso (Lb.)	Estatura (Mt.)	Fecha de Nacimiento	Identidad

Dependientes que desea incluir en el Seguro de Gastos Médicos

Preguntas	Si	No	Nombre para la persona o personas que es afirmativa la respuesta
1.Padecimientos cerebro vasculares incluyendo ictus, tumores cerebrales, migraña, dolores de cabeza, embolia, traumas y otros			
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas y otros.			
3. Padecimientos cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial, angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados, colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, flebitis, alteraciones vasculares, soplos y otros.			
4. Padecimiento de la vista o de oídos			
5. Padecimientos del sistema respiratorio incluyendo asma, EPOC, enfisema, bronquitis crónica, hiperactividad bronquial y otros.			
6. Sistema digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros			
7. Padecimientos el sistema urinario, litiasis, tumores de vejiga, pielo nefritis, hidroneforsis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria glucosa en la orina.			
8. Padecimientos de los órganos reproductores masculinos o femeninos incluyendo endometriosis, miomatosis, citología con alteración y otros			
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados y trastornos de coagulación			
10. Trastornos endocrinicos como diabetes y/o hipoglicemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y otros.			
11. Trastornos de la piel y colágenos como lupus, dermatitis psoriasis, fiebre reumática			
12. Padecimientos del Sistema Musculoso Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, y otros.			
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cáncer			
14. Problemas alcoholicos o problemas de drogas			

15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago, tumores y otros			
16. ¿Le han realizado a usted o sus dependientes algún examen especial de laboratorio, ultrasonido, mamografía, laparoscopía u otro?			
17. ¿Ha estado usted o sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?			
18. ¿Está usted o alguno de sus dependientes nombrados, embarazado actualmente?			
19. ¿Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?			
20. ¿Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?			
21. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido sometido a cirugías, radioterapia, quimioterapia?			
22. ¿Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de Glándula Mamaria, galactorrea, mastitis, quiste, tumores, gigantomastia y otros?			
23. ¿Se ha aconsejado a usted o alguno de sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento, pero usted dedicio no hacerla?			
24. ¿Ha habido para usted o sus dependientes alguna condición médica, signo, síntoma o accidente que no se haya mencionado en este cuestionario?			

Si ha respondido SI a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido del algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud, favor especificar nombre del paciente, diagnostico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico y hospital donde se atendió:

#?	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico y Hospital o Clínica

¿Alguna vez alguna compañía de Seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o alguno de sus dependientes? Sí___ No ___ ¿Por qué? _____

¿Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio médico de alguna compañía de seguros? Sí ___ No ___

¿Tiene o ha tenido usted o alguno de los dependientes nombrados alguno de los siguientes seguros?					
Tipo de Seguro	Si	No	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza
Seguro de Gastos Médicos					
Seguro de Vida					
Seguro de Accidentes Personales					

Designación de Beneficiarios (Aplica solo para el Beneficiario de Vida) Suma Asegurada Lps. _____			
Nombre del Beneficiario Principal	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

Nombre del Beneficiario Contingencia	No. de Identidad	Parentesco	Porcentaje %

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, durante los dos primeros años de vigencia no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Programa de Beneficios, de este Certificado. Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Aseguradora, los datos que posean de mi estado de salud. Seguros Banrural Honduras, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad. Seguros Banrural Honduras, S.A. pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza.

FIRMA del Solicitante RTN: Fecha:

En caso de que el Asegurado/Representante Legal, sea extranjero, el domicilio deberá ser debidamente comprobado, así como su calidad migratoria. En caso que el Asegurado sea de nacionalidad hondureña, deberá presentar copia de la tarjeta de identidad y del R.T.N., así como original para la verificación de los datos. En caso de ser extranjero, deberá presentar carnet de residente o pasaporte, además de copia del carnet o de la página del pasaporte que muestra la foto y sello de su entrada a Honduras; para la verificación de los datos.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.13/19-12-2017.