

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS INDIVIDUAL Y FAMILIAR  
SOLICITUD DE SEGURO**



**Seguros**

Esta solicitud debe completarse con letra de molde, a puño y letra del solicitante sin alteraciones ni tachaduras.

**Código: SPN-F.GTP-53**

**A. DATOS DEL ASEGURADO**

	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
--	------------------------	-------------------	----------------

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

**I. Datos Generales del Tomador del Seguro**

**Datos Persona Natural**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día   Mes   Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día   Mes   Año	Edad   Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Cargo que desempeña	
Tiempo de laborar		Giro de la empresa	
Con que instituciones financieras posee cuentas:		Origen de los recursos	
Nivel aproximado de ingresos			
L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		(Si aplica) Cargo:	(Si aplica) Instituciones:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es <b>Si</b> indicar:	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona que representa
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es <b>Si</b> indicar:	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es <b>Si</b> indicar que actividad APNFD realiza:	
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**Datos del Cónyuge**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

**II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro**

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

**III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro**

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

**IV. Vigencia**

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

**V. Información de Otros Seguros**

¿Tiene otros seguros con la compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

**B. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

**I. Datos Personales**

Peso (en libras)	¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos cigarrillos al día?	¿Ingiere bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia?
Deportes o hobbies	A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Estatura (en metros)

**C. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO**

**I. Coberturas Solicitadas**

Seguro de Vida:	<input type="checkbox"/> L 400,000.00	<input type="checkbox"/> L 500,000.00	<input type="checkbox"/> US\$ 30,000.00
Plan Médico Hospitalario:	<input type="checkbox"/> Esencial	<input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> Premium
Plan Dental:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Afiliación de Servicio:	Servicio Médico Porsalud <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Servicio de Asistencia Funeraria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Forma de pago de las primas:	<input type="checkbox"/> Mensual (10 Pagos)	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual
Pago:	<input type="checkbox"/> En efectivo	Cargo a mi cuenta en Banco Ficohsa: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	
Número de cuenta:	Número Tarjeta de Crédito:		

**II. Beneficiarios**

En caso de ser aceptada mi solicitud, nombro como beneficiario(s) de mi seguro de vida a:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	No. de identidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

**En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario(s) designado(s), nombro beneficiario(s) de contingencia a:**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	No. de identidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

**III. Dependientes**

**En caso de ser aceptada mi solicitud; incluir en el Plan Médico Hospitalario a mis dependientes (cónyuge e hijos)**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Peso en libras	Estatura en metros

**IV. Cuestionario de salud:**

Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes (Conteste Si o No con su puño y letra). Si la respuesta es afirmativa, especifique en la línea de la derecha el padecimiento y el nombre de la persona a quien aplica.	Si o No	PADECIMIENTO	NOMBRE DE LA PERSONA
a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>		
b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada o baja, síndrome metabólico, enfermedad de chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?	<input type="checkbox"/>		
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>		
d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fistula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/>		
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Menier?	<input type="checkbox"/>		
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?	<input type="checkbox"/>		
g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?	<input type="checkbox"/>		
h) ¿Enfermedad o defecto congénito? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/>		
i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambios de coloración en los tejidos de la boca, vitiligo?	<input type="checkbox"/>		
j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Cálculos Renales? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?	<input type="checkbox"/>		
k) ¿Enfermedades de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras?	<input type="checkbox"/>		
l) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna?	<input type="checkbox"/>		
m) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?	<input type="checkbox"/>		
n) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente; por ejemplo, enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?	<input type="checkbox"/>		

<b>V. Antecedentes hospitalarios, traumáticos y quirúrgico:</b>			
a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b) ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Indicar clínicas u hospitales: _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c) ¿Ha sufrido algún tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>VI. Para personas de Sexo Femenino:</b>			
a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c) ¿Se demora su menstruación más de 35 días? ¿Cuánto dura su ciclo menstrual? _____ días. _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d) ¿Hace cuanto se practico la ultima citología? _____ ¿El resultado fué anormal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>VII. Otros Antecedentes:</b>			
a) ¿Ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra o un fisioterapeuta? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b) ¿Ha sido tratado por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c) ¿Quién es su médico de cabecera? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d) ¿Su Capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
e) ¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica? _____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Si su respuesta es afirmativa, escriba cuál (es)? _____			

Si ha contestado afirmativamente a una o varias de las preguntas, especifique:

Nombre	Enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo?	¿Duración?	¿Secuela?

**VIII. Medicamentos:**

¿Esta tomando algún medicamento en la actualidad?

Si

No

Si ha contestado afirmativamente especifique:

Nombre	Nombre del medicamento	Causa	Dosis	Desde	Hasta

**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

- Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal, no generando riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro, gozo de buena salud y que no padezco de afecciones crónicas o graves en mi salud.
- Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio o clínica que me pudieron haber atendido, para que suministre a Ficohsa Seguros, los expedientes o las afirmaciones que ésta requiera en relación a este, relevándolos de cualquier prohibición legal o responsabilidad en tal sentido.
- Dejo expresa constancia que todas las respuestas en esta solicitud, están ceñidas a la verdad y si se comprobare que las mismas no lo están, Ficohsa Seguros se eximirá de toda obligación a indemnizar y queda facultada a revocar mi cobertura de póliza.
- Me doy por entendido que las primas serán ajustadas en las renovaciones de la póliza, por el comportamiento siniestral o de acuerdo al índice de inflación anual.
- Manifiesto que he leído la solicitud, las condiciones especiales y generales de la póliza, las cuales forman parte integral del Contrato y estoy de acuerdo con ellas.
- Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

**IMPORTANTE**

Conforme al artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en estas declaraciones.

Firma del Solicitante

de

Fecha en que Firma

de 20

Nombre y Firma del Intermediario

Código del Intermediario