

**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 Si 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 Si 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 Si 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

Pais		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

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

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:	En efectivo	Cargo a mi cuenta en Banco Ficohsa:	Ahorro Cheques 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 como 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, fístula 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, vitíligo?	<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"/>		

V. Antecedentes hospitalarios, traumáticos y quirúrgico:			
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"/>	_____	_____
VI. Para personas de Sexo Femenino:			
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"/>	_____	_____
VII. Otros Antecedentes:			
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?

 Sí 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 _____ de 20 _____
 Fecha en que Firma

 Nombre y Firma del Intermediario

 Código del Intermediario