

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE					
Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de Certificado	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		
A. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO					
Agente				Código del agente	
I. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS					
Contratante				Número de póliza	
De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva de gastos médicos que hace mención este apartado, solicito inscribir como asegurado a la persona cuyos datos se detallan a continuación.					
II. DATOS DEL ASEGURADO					
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación		Identidad		Pasaporte	Carné de residencia
No. identificación		RTN		Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
				Día - Mes - Año	
Estado civil	S	C	D	V	UL
Género		Masculino		Femenino	
Nacionalidad (es)		Profesión, oficio u ocupación		Estatura(mts)	Peso(lbs)
1					
2					
Móvil _ 1				Móvil _ 2	
Correo electrónico _ 1					
Correo electrónico _ 2					
Nombre del cónyuge (completo)					
Área	Cargo que desempeña			Fecha de ingreso	Remuneración mensual
					\$ L
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años				Si	No
Detalle el nombre del cargo					
Dirección de residencia del asegurado					
País		Departamento		Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote		Calle(s)		Avenida(s)	Teléfono de la residencia
I. PAGO DE INDEMNIZACIÓN					
En caso de pago por reclamación amparada por el contrato de seguro, sírvase completar la siguiente información:					
Institución Financiera				Tipo de Cuenta	Cheque Ahorro
Número de Cuenta					
Cualquier beneficio que corresponde a un menor de edad, se entregará a					
Nombre completo				Identidad	
IV. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS					
¿Tiene otros seguros con la compañía?			¿Qué tipo de seguro?		
SI ☐ NO ☐					
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?			¿Qué tipo de seguro?		

B. DATOS DEL RIESGO

Dependientes que desea incluir en el seguro médico

Nombre completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de nacimiento	Edad	Número de identidad

Cuestionario de salud del asegurado principal y sus dependientes

¿Ha tenido alguna vez usted o algún dependiente nombrado alguna(s) condición(es), signo(s) o síntoma (s) manifestado(s) y/o evidente(s) que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las condiciones mencionadas en el siguiente cuestionario.

Cuestionario personal

Cuestionario personal					Si	No
1. Padecimiento cerebro vasculares incluyendo ictus, tumores cerebrales, migraña, dolores de cabeza, embolia, traumas y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
2. Padecimientos del cerebro o sistema nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
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.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
4. Padecimiento de la vista o de los oídos					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
5. Padecimiento del sistema respiratorio incluyendo asma, EPOC, enfisema, bronquitis crónica, hiperactividad bronquial y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
6. Sistema digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
7. Padecimiento del sistema urinario, litiasis, tumores de vejiga, píelo nefritis, hidronefrosis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria con glucosa en orina.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		

8. Padecimientos de los órganos reproductores masculinos o femeninos incluyendo endometriosis, miomatosis, citología con alteración y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
9. Padecimiento sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados y trastornos de la coagulación.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
10. Trastornos endocrinos como diabetes y/o hiperglicemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
11. Trastornos de la piel y colágenos como lupus, dermatitis psoriasis, fiebre reumática.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
12. Padecimientos del sistema músculo esquelético incluyendo artritis, osteoartritis y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cáncer.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago, tumores y otros.					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
16. Le han realizado a usted o sus dependientes algún examen especial de laboratorio, ultrasonido, mamografía, laparoscopia u otro?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
17. Ha estado usted o sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		
18. Esta usted o alguno de sus dependientes nombrados embarazada actualmente?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital		

19. Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre		Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital	
20. Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre		Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital	
21. Usted o alguno de sus dependientes ha sido sometido a cirugías, radioterapia, quimioterapia?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre		Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital	
22. Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de glándula mamaria, galactorrea, mastitis, quiste, tumores, gigantomastia y otros					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre		Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital	
23. Se le ha aconsejado a usted o alguno de sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento pero usted decidio no hacerla?					☐	☐
Para quien es afirmativa la respuesta detalle						
Nombre		Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u hospital	
24. ¿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?					☐	☐
Detalle						
25. Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad, o algún otro tipo de beneficio médico de alguna compañía de seguros?					☐	☐
Detalle						
¿Tiene o ha tenido usted o alguno de los dependientes nombrados algun seguro?						
Tipo de seguro		Si	No	Nombre del asegurado	Aseguradora	Número de póliza
Beneficiarios designados (aplica solo para el beneficio de vida)				Suma asegurada		
Nombre				Parentesco		Porcentaje
Beneficiarios contingentes:						
Nombre				Parentesco		Porcentaje

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.
7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte íntegra del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.
8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y válida como original.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del asegurado

Firma del agente