

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL PLAN AMIGO

### SOLICITUD DE SEGURO

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

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE				
Código de contratante	Número de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	Número de póliza
			Día - Mes - Año	
A. DATOS GENERALES				
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO				
Agente		Código del agente		
II. DATOS DEL CONTRATANTE				
DATOS PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Tipo de identificación <input type="checkbox"/>	Identidad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Carné de residencia <input type="checkbox"/>	
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				
Nombre del cónyuge (completo)				
Móvil		Móvil _ 2		
Correo electrónico				
Correo electrónico _ 2				
Lugar de trabajo <input type="checkbox"/>	Área <input type="checkbox"/>	Cargo que desempeña <input type="checkbox"/>	Fecha de ingreso <input type="checkbox"/>	
			Día - Mes - Año	
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente				
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 22	De 22- 50    De 50 en adelante
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si	No
Dirección de residencia del contratante / Asegurado				
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia	
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia	
Dirección laboral del contratante / Asegurado				
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia	
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa	
Correo electrónico				
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA				
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta	Día - Mes - Año al medio día

**IV. MONEDA**

Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras	Dólares estadounidenses
-------------------------------------	----------	-------------------------

**V. 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
-----------------	-----------

**VI. 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?
--	----------------------

**VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA**

Dirección de residencia del contratante / asegurado	Dirección laboral del contratante / asegurado electrónico	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica	Correo
---	---	--	--------

**B. DATOS DEL RIESGO**

Cubre los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en que incurra el Asegurado como parte de los beneficios contratados, como honorarios médicos, hospitalizaciones, consultas, medicamentos y similares.

Plan	
------	--

Deducible	
-----------	--

Máximo vitalicio	
------------------	--

Suma asegurado Maternidad	
---------------------------	--

**Beneficiarios designados en caso de muerte:**

Nombre	Parentesco	Porcentaje

**Beneficiarios contingentes:**

Nombre	Parentesco	Porcentaje

**1. Favor indicar los seguros que actualmente se encuentran en vigor y en el caso de Salud los seguros médicos durante los últimos cinco años.**

Compañía	Vida	Suma Asegurada	Médico	Máximo Vitalicio	Nombre del Plan

<b>2. ¿Reemplazaría el Seguro solicitado alguno referido en el punto anterior?</b>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

**3. Por favor complete la siguiente información de cada persona considerada en el Seguro Médico.**

Número	Nombre de la persona	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F
1. Solicitante				
2. Cónyuge				
3. Hijo 1				
4. Hijo 2				
5. Hijo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hijo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. ¿Le han rechazado o aplazado alguna cobertura médica o de vida a Ud. , a su cónyuge ó alguno de sus dependientes en los últimos 12 meses?**

En caso de ser afirmativo, describir el motivo.

**5. ¿Participa Ud., Su cónyuge o alguno de sus dependientes en algún deporte o pasatiempo que sea de naturaleza peligrosa?**

En caso de ser afirmativo, detallar:

**6. Historias familiares (Para ser llenada por el solicitante)**

Parentesco	Edad actual	Estado de salud actual	Edad al morir	Causa de muerte	Tiempo que padeció de la enfermedad
Padre					
Madre					
Hermano 1					
Hermano 2					
Hermano 3					
Cónyuge					

**7. Historia familiar (Para ser llenado por el cónyuge)**

Parentesco	Edad actual	Estado de salud actual	Edad al morir	Causa de muerte	Tiempo que padeció de la enfermedad
Padre					
Madre					
Hermano 1					
Hermano 2					
Hermano 3					
Cónyuge					

**8. Lista de Padecimientos y/o Enfermedades**

1. Infarto	4. Enf. Del Corazón	7. Congénitos	10. Pulmonares	13. Úlcera Gástrica
2. Diabetes	5. Renales	8. Hipertensión	11. Obesidad	14. Enf. De la Sangre
3. Cáncer	6. Mentales	9. Reumáticas	12. Hepatitis	15. Vasculares-Cerebrales

**9. Indique que enfermedades o padecimientos de la lista anterior se han presentado en los siguientes familiares (anote el número correspondiente)**

Del solicitante		Edad que inició el padecimiento		Del cónyuge		Edad que inició el padecimiento					
Padre											
Madre											
Hermanos											
Tíos en 1er. Grado											
5. Hijo 3											
6. Hijo 4											
<b>10. Información médica</b>											
Descripción		Solicitante	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4				
1. Peso (Kgs.)											
2. Estatura (Mtrs.)											
3. Tipo de Sangre											
4. Reacciones alérgicas o alergias											
5. Indique en Kg si ha aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses		Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución				
6. Actualmente ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Claves de frecuencia: D=Diaria; S= Semanal; M= Mensual		Si No Clase_____ Cantidad Frecuencia									
7. Actualmente ¿Usa drogas o estimulantes?		Si No Clase_____ Cantidad Frecuencia									
8. ¿Actualmente Fuma? Cuanto tiempo tiene de fumar _____ Si dejo de fumar; ¿Desde cuando? ¿Porqué?		Si No cigarrillos puro pipa Cantidad Frecuencia									
¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos, tratamientos o cirugías?											
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
9. Afecciones o alteraciones auditivas o visuales.											
10. Infecciones como malaria, difteria, escarlatina u otras.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
11. Trastornos estomacales, intestinales, hemorroides u otros.											
12. Trastornos del Hígado, Bazo, páncreas, vesículas u otros.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

13. Problemas del Corazón, sistema circulatorio, angina de pecho, embolia, trombosis, presión arterial elevada, defecto cardíaco, infarto, de las venas o arterias u otros.	<input type="checkbox"/>											
14. Enfermedades pulmonares, asma, bronquitis, tos crónica, cuerdas vocales, tuberculosis, sinusitis u otras.	<input type="checkbox"/>											
15. Transtornos endocrinológicos, de la tiroides, vicio, colesterol elevado, diabetes, gota (ácido úric), u otros.	<input type="checkbox"/>											
16. Desórdenes sanguíneo, anemia, leucemia, hemorragias frecuentes, moretones espontáneos u otros.	<input type="checkbox"/>											
17. Transtornos musculoesqueléticos, de la columna vertebral, artritis lumbago, osteoporosis u otros.	<input type="checkbox"/>											
18. Desórdenes en los riñones, vías urinarias, vejiga, sangre en la orina, arenilla en la orina, piedras o litiasis renal, u otro desorden.	<input type="checkbox"/>											
19. Enfermedades del pene, testículos, próstata.	<input type="checkbox"/>											
20. Transtornos mentales o nerviosos, epilepsia, convulsiones, desmayos, parálisis, migraña, desórdenes psiquiátricos u otros.	<input type="checkbox"/>											
21. Cáncer, abscesos o tumores.	<input type="checkbox"/>											
22. Enfermedades de la piel, dermatitis, eczema u otras.	<input type="checkbox"/>											
23. Enfermedades transmitidas sexualmente, gonorrea, sífilis, clamidia u otras.	<input type="checkbox"/>											

24. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA o su complejo.	<input type="checkbox"/>											
25. ¿Se ha examinado para detectar el HIV? ¿Cuándo? anexe resultados.	<input type="checkbox"/>											
26. Poliomiелitis.	<input type="checkbox"/>											
27. Síndrome de DOWN.	<input type="checkbox"/>											
28. ¿Cualquier otra enfermedad, lesión o accidente, con lesiones no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>											
29. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? ¿Cuándo? (dd/mm/aa) tipo de cirugía	<input type="checkbox"/>											
30. ¿Ha estado internado en algún hospital o clínica para diagnósticos o tratamientos? ¿Cuándo? Motivo	<input type="checkbox"/>											
31. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
32. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
33. ¿Ha consultado médicos en los últimos 24 meses? Motivo de la consulta.	<input type="checkbox"/>											
34. ¿Ha estado hospitalizado o incapacitado totalmente en los últimos 12 meses? Motivo	<input type="checkbox"/>											
35. ¿Se le ha aplicado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos cinco años? Motivo	<input type="checkbox"/>											
36. ¿Se le han hecho análisis de laboratorios, radiografías o electrocardiogramas? ¿Cuándo? Motivo	<input type="checkbox"/>											

37. ¿Se le ha practicado estudios del tipo check-up? Indique el resultado y anexe copia del mismo.	<input type="checkbox"/>											
38. ¿Le falta algún miembro orgánico o parte de él? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
39. ¿Esta falta de órgano fue por accidente, enfermedad, nacimiento o lo dio en donación?	<input type="checkbox"/>											
40. ¿Ha donado o le donaron algún órgano? ¿Cuál? ¿El órgano donado fue a/de un familiar? ¿El órgano donado fue a/de un extraño?	<input type="checkbox"/>											
41. ¿Tiene alguna deformación física? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
42. ¿Padece de algún problema congénito? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
43. ¿Presentó alguna reclamación en las dos últimas vigencias inmediatas anteriores? En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/>											
44. ¿Fue enfermedades o lesión?	<input type="checkbox"/>											
Preguntas Adicionales para Mujeres												
45. ¿Está usted embarazada? Indique semanas de embarazo.												
46. ¿Padece o ha padecido trastornos menstruales, de las mamas, órganos femeninos?												
47. ¿Se ha practicado la operación Cesárea?												
48. ¿Ha presentado partos prematuros o abortos?												

49. ¿Se le ha hecho algún exámen de ultrasonido, mamografía, pruebas especiales, laparoscopia ginecológica? De los detalles.

50. ¿Fecha de último examen Papanicolau?  
Resultado.

Preguntas Adicionales para Niños hasta los 2 años de edad.

51. ¿Presentó algún tipo de padecimiento médico al nacimiento?

52. ¿Nació Prematuramente?

Información de los doctores personales

Nombre	Dirección completa	Telefono, fax, correo electrónico

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

Número de pregunta	Nombre de la persona	Condición, Lesión, Síntoma de mala salud o resultado del exámen. Si practicó una operación indicar tipo de operación	Fecha Ocurrido	Médico Tratante y Hospital	Estado Actual

## II.PRIMAS

Seguro de vida	
Seguro de salud	
<b>Subtotal prima</b>	
Gastos de Emisión	
<b>Prima Anual Total de Seguro</b>	

## III.FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado  Pago fraccionado  TC  Debito Automatico  Efectivo  Cheque  Financiamiento

No. Pagos \_\_\_\_\_ Primer pago de \_\_\_\_\_ Pagos de \_\_\_\_\_

### C. DECLARACION Y ACEPTACION 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 mí de acuerdo con mi leal saber y entender, y la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitada. 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 mí, 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, está 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. 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 valida como original.
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 valida como original.

### D. FIRMAS

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del agente