

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO INDIVIDUAL SOLICITUD DE SEGURO

S M H

NACIONAL CENTROAMERICANO MUNDIAL

SUMA ASEGURADA: _____

MAXIMO VITALICIO: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento		Sexo	Nacionalidad 1
	Día	Mes	Año	M <input type="radio"/> O <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
				Nacionalidad 2
				Estatura _____ Metros Peso _____ Libras
Número de Identificación	Tipo de Identificación			No. de RTN
	Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residente <input type="radio"/>	
Correo electrónico	Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)	
Dirección completa de residencia actual			Municipio actual	Departamento actual
			Teléfono de residencia	Número de celular
Profesión, oficio o actividad económica	Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña	
Tiempo de laborar en la empresa	Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad económica del Negocio (si aplica)	
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)			Dirección completa del negocio (si aplica)	
Municipio _____	Departamento _____			
Giro o actividad económica de la empresa	Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial	
A que se dedica	Asalariado <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Rentista <input type="radio"/>	Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente
	Socio <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Jubilado <input type="radio"/>	Estudiante <input type="radio"/>
	Otros <input type="radio"/>		Especifique _____	
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual? (Actividad)	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="radio"/>	
De 0 - 3 <input type="radio"/>	De 4 - 6 <input type="radio"/>	Si su respuesta es SI detalle:		Tipo de moneda:
De 7 - 10 <input type="radio"/>	De 11 - 20 <input type="radio"/>	Fuente de ingresos: _____		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
De 21 - 50 <input type="radio"/>	De 50 en adelante <input type="radio"/>	Valor mensual estimado: _____		

C) FATCA

Tributa para el Gobierno de EUA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cargo: _____	Institución: _____
En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)		

E) DATOS DEL CONYUGUE (SI APLICA)

Nombre completo	Profesión, ocupación u oficio:
Numero de celular:	Nombre de la empresa: _____ Posición o cargo que desempeña: _____

F) SECCION PARA SUSCRIPCION DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO (S M H) DEPENDIENTES ECONÓMICOS ELEGIBLES (Conyuge e Hijos)

Nombre completo	No. Identidad o Partida de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco	Estatura (metros)	Peso (libras)

G) DETALLE DE BENEFICIARIOS PARA LA POLIZA DE VIDA

Tipo	Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje
Preferentes			
Contingentes			

COBERTURA

1. Honorarios de Médicos y Cirujanos
2. Honorarios por Consultas Médicas: visitas o consultas con un máximo de una (1) por día a excepción de los honorarios por consultas médicas post-operatorias, las cuales quedarán comprendidas en los honorarios de médicos y cirujanos a que se refiere el inciso anterior.
3. Los Gastos de Hospital o Clínica, representados por el costo de la habitación y alimentación. Así como medicinas y drogas consumidas en el mismo por el Asegurado.
4. Gastos de Sala de Operaciones y/o Recuperaciones y de Curaciones.
5. Gastos de Anestesia y Honorarios de Anestesiista.
6. Honorarios de Enfermeras Tituladas.
7. Medicamentos adquiridos fuera del hospital o clínica. Siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se acompañe del recibo de la farmacia con la receta y siempre que sean a consecuencia de internamiento en un hospital o clínica.
8. Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos x, isótopos radioactivos, de electrocardiografía encefalografía, o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento de accidente o de enfermedad ordenados por un médico.
9. Gastos de transfusiones de sangre aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes por orden de facultativo.
10. Gastos originados por consumo de oxígeno.
11. Gastos originados por la compra o la renta de muletas, silla de rueda, camas especiales, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes.
12. Gastos originados por tratamientos con radio o de terapia radioactiva y terapia física.
13. Los gastos que resultan de aparatos de prótesis dental necesaria a consecuencia de accidente, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos que se requieran a causa de accidente o enfermedad serán cubiertos por la Compañía hasta un límite del 5% de la suma máxima de protección que corresponda a cada grupo familiar.
14. Los gastos de transporte de ambulancia hasta el límite de L.
15. Gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de hijos del Asegurado, nacidos durante la vigencia de esta Póliza que estén cubiertos por ella.
16. Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo o parto:
 - a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino.
 - b) Los estados de fiebre puerperal.
 - c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

COBERTURAS ADICIONALES

	AMPARADO	EXCLUIDO
1. Maternidad. Gastos a consecuencia del embarazo tales como controles propios del embarazo, abortos, partos prematuros o partos normales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo y parto, incluyendo los gastos de los recién nacidos sanos antes de salir del hospital por concepto de sala cuna y honorarios del pediatra que le atienda dentro del hospital, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares. La maternidad es reconocida únicamente para el titular o cónyuge del titular.		
2. Gastos dentales. De conformidad a las coberturas en el anexo 1 Plan Dental		

3. Gastos oftalmológicos. Se cubren los gastos por evaluaciones de la vista y compra de aros y lentes según el límite establecido en las Condiciones Particulares.		
4. Control de niño sano. Se cubre cuadro de vacunas de conformidad a los límites establecidos en las Condiciones Particulares.		
5. Gastos de Repatriación. Se cubre el monto establecido en las Condiciones Particulares.		
H) ANTECEDENTES DE SALUD (TITULAR Y/O DEPENDIENTES)		
Ha padecido o padece usted o sus dependientes alguna de las siguientes enfermedades, trastornos ó hábitos:	SI/NO	Indicar nombre(s) de la persona en caso afirmativo
1) ¿Del Cerebro o de la médula espinal, de los nervios, depresión o trastornos mentales, por ejemplo: epilepsia, ataques, parálisis, lipotimias, vértigos?		
2) ¿Del aparato respiratorio por ejemplo: asma, bronquitis, neumonía, esputos sanguinolentos, tuberculosis, enfermedades de la laringe?		
3) ¿Enfermedades del corazón y del sistema vascular por ejemplo: defecto cardíaco, dolores de la región precordial, disnea en caso de esfuerzo, hipertensión arterial, derrame, trastornos de circulación en los brazos y piernas?		
4) ¿Del aparato digestivo por ejemplo: úlcera gástrica o duodenal, hemorragia digestiva, diarrea, hepatopatía y cólicos biliares, ictericia?		

5) ¿De los órganos urinarios y sexuales, por ejemplo: nefritis o pielitis, litiasis, prostatitis, micción, dificultosa o dolorosa, al albumina, glucosa o sangre en la orina, sífilis?									
6) ¿Otras enfermedades, dolencias, defectos físicos o trastornos no mencionados expresamente?									
7) ¿Ha estado usted o sus dependiente alguna vez internado en un hospital para diagnóstico o tratamiento?									
8) ¿Ha sufrido usted o sus dependientes alguna intervención quirúrgica?									
9) ¿Se le ha realizado a usted o sus dependientes estudios con rayos X o tratamientos radioterapéuticos o quimioterapias?									
10) ¿Ha tomado o toma usted o sus dependientes habitualmente medicamentos, por ejemplo: narcóticos, anestésicos, morfina u otros, tóxicos embriagadores?									
11) ¿Ha sido tratado usted o sus dependientes alguna vez con medicamentos para el corazón, insulina u otros medicamentos contra diabetes, medicamentos para bajar la presión sanguínea, o ha sido usted o sus dependientes sometidos a tratamientos para terapéutica por shocks?									
12) ¿Ha aumentado de peso en los últimos dos años? ¿Cuánto?									
13) ¿Ha disminuido de peso en los últimos dos años? ¿Cuándo?									
14) ¿Usted fuma? ¿Qué cantidad acostumbra a fumar diariamente?									
15) ¿Consumen usted bebidas alcohólicas? Favor especificar cantidad y frecuencia									
16) ¿Ha tenido algún accidente? ¿Qué secuelas existen a la fecha?									
17) ¿Padece usted de alguna incapacidad, deformidad, defecto físico o mental?									
Cuestionario Femenino para Titular y/o Cónyuge (según aplique)	18) ¿Padece o padece Ud. actualmente alguna enfermedad de las mamas o de los órganos genitales?								
	19) ¿Sus ciclos de menstruación son normales?								
	20) ¿Está usted actualmente embarazada? ¿Cuántos meses tiene?								
	21) ¿Ha tenido partos anteriormente? ¿Cuántos?								
	22) ¿Ha sufrido usted partos prematuros, abortos o partos con feto muerto?								
23) ¿Fueron normales sus partos o por medio de intervención Quirúrgica?									
24) ¿Le ha sido alguna vez rechazada, propuesta, aceptada con recargo o modificada en alguna forma la solicitud de seguro hecha a esta o cualquier otra Compañía?									
25) ¿Ha participado o piensa hacerlo en actividades relacionadas con aviación, carreras de automóviles, motocicletas o cualquier otro deporte o pasatiempo									
26) ¿Reemplazará otro seguro en ésta u otra Compañía la Póliza que ahora se solicita?									
27) ¿Se ha presentado en su familia (abuelos, padres, hermanos, cónyuge o hijos) casos de tuberculosis, hemorragia cerebral, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, neuropatía o depresión, epilepsia o suicidio? (Favor detalle parentesco):									
28) Indique el nombre y la dirección del médico de cabecera:									
29) ¿Qué médico ha consultado la última vez?		¿Por qué motivo?		Fecha:		24) Nombre y dirección del médico			
30) Favor especificar a continuación en caso que haya respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores:									
Nombre completo		Diagnostico o lesion			Fecha:		Tratamiento		Nombre y dirección del médico tratante
ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR DEL TITULAR					ANTECEDENTES SALUD DEL CONYUGUE				
Historial Familiar	Padre	Madre	Cónyuge	Hermanos	Hijos	Padre	Madre	Hermanos	Edad
Edad									
Estado de Salud									
Edad a su muerte									
Causa de la muerte									
I) INSTRUCCIONES ESPECIALES									
<p>Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las CONDICIONES GENERALES de la Póliza cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro declaro estar dispuesto si fuera necesario, a pasar un examen médico pro cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente.</p>									
J) DOCUMENTOS REQUERIDOS									
Llenar esta solicitud completamente con la información personal, familiar y la del seguro solicitado (de forma clara y legible, sin manchones ni tachaduras), copia de Cédula de identificación, carné de residente o pasaporte (según corresponda) y copia de RTN. u otro documento que la Aseguradora requiera.									
K) ACLARACIONES									
Se aclara que la firma del cónyuge e hijos mayores de 18 años se solicita en este formulario especialmente para dar fe de las declaraciones personales que se detallan acerca de su estado de salud, información heredo-familiar y datos personales.									
L) DECLARACIONES									
<p>Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y/o fianza solicitada.</p> <p style="text-align: right;">Origen de fondos y aceptación de clausula. Declaro</p> <p>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. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA 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 de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.</p>									
LUGAR Y FECHA			FIRMA DEL CLIENTE			FIRMA Y NO.DE AGENTE			
M) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA									
CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA <input type="radio"/> NEGOCIOS SEGCON <input type="radio"/> CORREDURIA <input type="radio"/> LICITACION <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/> (especifique):									
Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó		Fecha de entrevista		Fecha entrega área técnica		Firma del entrevistador		Firma Supervisor	
Observaciones:									
N) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA									
No° de póliza		Certificado #	Suma Asegurada		Prima Anual	Nombre, firma y sello del oficial que recibe.			

