



SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS SOLICITUD DE SEGURO

I.- DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:	
			Día:	Mes:	Año:				
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:					
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono de Residencia:			Teléfono Celular:			Fax No.:			
Correo electrónico:					Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:				
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):									
Nombre de la empresa donde labora:			Posición /Cargo que desempeña:			Tiempo de laborar en la empresa:			
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:			Sitio web:		
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:			Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:						
			De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/>						
			De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>						
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?									
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.									
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?									

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:			Nombre Comercial:			No. R.T.N.			
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:									
Número de Teléfono		Número de Fax		Correo electrónico		Fecha de Constitución:			
Objeto social y/o actividad económica:									
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:									
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.									
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:									
			Nombre Completo			Numero de Identidad		% Participación	
1.									
2.									
3.									

Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcen Participación:

	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
4.			
5.			
6.			
7.			
Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1:		2:	
Monto aproximado Anual de: Total de Activos:		Total de Ventas:	Ingresos Anuales:
Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Detallar a cual pertenece:	
Detalle al menos dos Proveedores Principales 1:		2:	
Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica:			

III.- DIRECCIÓN DE COBRO

Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

IV.- VIGENCIA

Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12:00m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m
Día Mes Año

V.- DESEA COBERTURA ADICIONAL DE VIDA:

Si No.

No.	Coberturas	Amparado/ Excluido
1	Fallecimiento (Cobertura Básica)	
2	Fallecimiento, desmembramiento o perdida de la vista por causa accidental	
3	Pago anticipado de capital por incapacidad total y permanente	
4	Exoneración de pago de primas	
5	Gastos Fúnebres	

VI.- CLASIFICACIÓN DE EMPLEADOS CONTRIBUTORIO Y NO CONTRIBUTORIO

Número de Asegurados	Contributorio	No Contributorio

VII.- NUMERO DE EMPLEADOS A ASEGURAR POR CATEGORÍA (CENTROAMERICANA, MUNDIAL)

Categoría	Máximo Vitalicio	Titulares	Con Dependientes

VIII.- COBERTURA DE GASTOS MEDICOS

La Compañía indemnizará al asegurado, una vez aplicado el coaseguro y deducible, si lo hubiera, los Gastos Médicos y de Hospitalización en base a lo razonable y acostumbrado, incurridos por el asegurado o por cualquiera de sus dependientes elegibles, como consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por esta póliza, hasta el máximo vitalicio establecido en las condiciones particulares de la misma.

Queda convenido que el máximo vitalicio no se aplicará por cada hospitalización o reclamo ambulatorio separado y que las indemnizaciones que se pagasen seguirán acumulándose hasta llegar al máximo vitalicio total asegurado bajo este riesgo, en ningún caso se pagará más de la suma estipulada por el asegurado.

La Compañía reconocerá al asegurado, los gastos médicos que a continuación se mencionan y de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares y anexos de la póliza, si los hubiere, mientras se encuentren formando parte del grupo asegurado:

- a) Cuarto y alimentos durante la reclusión en un hospital, pagaderos hasta el máximo diario establecido en las condiciones particulares de la presente póliza, excluyendo cama de acompañante, uso de teléfono, televisor, fax, internet y similares.
- b) Gastos especiales de hospital, consistentes en los demás servicios suministrados en el hospital para la atención médica cuando se incurra en gastos por cuarto y alimentos y/o atención en sala de emergencias.
- c) Atención médica suministrada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
- d) Honorarios por procedimientos quirúrgicos, realizados por un médico cirujano legalmente autorizado para ejercer la profesión.
- e) Aplicación de anestesia y honorarios de anestesistas autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión.
- f) Honorarios por consultas médicas ambulatorias, en sanatorio u hospital, consultorio o a domicilio cuando fuere necesario, a razón de una por día.
- g) Honorarios por atención suministrada de servicio privado de enfermera titulada que no sean el cónyuge, hijo, hija, hermano, hermana, padre o madre del asegurado o de su cónyuge y que no vivan en la casa del asegurado.
- h) Tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento.
- i) Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para traslado del paciente del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad al hospital siempre que exista cargo por cuarto y alimentos o uso de sala de emergencia debidamente justificado.
- j) Gastos por sangre o plasma, miembros y ojo artificial, yeso, tablilla, braguero, muletas u otro equipo similar, vendajes quirúrgicos, oxígeno y costo de alquiler de equipo necesario para su aplicación, alquiler de sillas con ruedas o cama especial, pulmón artificial u otro equipo necesario para tratamiento de parálisis respiratoria.
- k) Drogas o medicinas estrictamente recetadas por un médico y que sean adquiridas en establecimientos debidamente autorizados para su expendio (no incluye vitaminas, ni estimulantes del apetito.)
- l) Por servicios relacionados con el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sus complicaciones o cualquier desorden, enfermedad o síntoma relacionados, hasta el cincuenta por ciento (50%) del máximo vitalicio.
- m) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean llevados a cabo por un dentista o cirujano dental, legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, pero únicamente a consecuencia de un accidente cubierto por el plan, llevados a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente, incluyendo la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada y el reemplazo de dientes, si éstos eran naturales. Es requisito la presentación de radiografías y la información para comprobar el daño sufrido en el accidente.
- n) Extracción de la tercera molar impactada, enviando como soporte las radiografías pre y post tratamiento.
- o) Análisis de laboratorio, rayos x, electroencefalograma, electrocardiograma, tomografía axial computarizados (TAC) u otros indispensables para diagnósticos o tratamiento de enfermedad o accidente.
- p) Tratamientos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales incurridos mientras el asegurado se encuentre hospitalizado o por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones ya sea que se encuentre hospitalizado o no.
- q) Por cirugía plástica sólo en:
 - i. Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente mientras la persona se encuentre asegurada en la presente póliza y que el mismo sea realizado dentro de los **ciento ochenta** 180 días siguientes a dicho accidente.
 - ii. Tratamiento de irregularidades congénitas en un niño que nazca durante la vigencia de la póliza y que el padre o madre estén asegurados con seguro para dependientes y que la maternidad haya sido cubierta por esta póliza.
- r) Tratamientos por condiciones pre-existentes:

Se entiende por condiciones pre-existentes, enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los 5 (cinco) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; que tuvo advertencia médica o consultó a un médico, que recibió tratamiento médico, servicios o suministros, que se le ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas; aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Para que una condición pre-existente sea cubierta normalmente después de transcurrido el periodo de espera deberá:

 - i. Haber sido comunicada a la compañía en la solicitud y en la prueba de asegurabilidad.
 - ii. No haber sido excluida de la cobertura mediante un endoso a la póliza.
- s) Atenciones y servicios brindados a un hijo dependiente entre el momento de nacer y el décimo día, siempre y cuando la maternidad sea cubierta y que el titular haya pagado prima por dependientes, en los siguientes casos:
 - i. Por enfermedad contraída dentro del hospital
 - ii. Por condiciones congénitas anormales, y
 - iii. Por nacimiento prematuro

Nota: Se afectará el máximo vitalicio de la madre.
- t) Trasplantes de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.

