

SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO COLECTIVO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

S M H

NACIONAL

CENTROAMERICANO

MUNDIAL

☐

☐

☐

MAXIMO VITALICIO: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo (según Identificación)

Lugar de Nacimiento

Número de Identificación

Correo electrónico

Dirección completa de residencia actual

Profesión,oficio o actividad económica

Tiempo de laborar en la empresa

Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)

Municipio _____ Departamento _____

Giro o actividad económica de la empresa

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Tarjeta de Identidad O Pasaporte O Carnet de Residente O

Estado Civil

Nombre del negocio (si es propietario)

Teléfono de la empresa

Sexo

M O F O

O Pasaporte O Carnet de Residente O

Nombre del conyuge (si aplica)

Dirección completa del negocio (si aplica)

Numero de Identificacion Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)

Nacionalidad 1

Estatura _____ Metros

No. de RTN

Nombre del conyuge (si aplica)

Municipio actual

Posición o cargo que desempeña

Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)

Dirección completa del negocio (si aplica)

Correo electrónico empresarial

Nacionalidad 2

Peso _____ Libras

Departamento actual

Número de celular

Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI O

B) F A T C A

Tributa para el Gobierno de EUA? Si O No O

Numero de Identificacion Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)

C) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si O No O

Cargo:

Institución:

En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)

D) DATOS DEL CONYUGUE (SI APLICA)

Nombre completo

Profesion, ocupacion u oficio:

Numero de celular:

Nombre de la empresa:

Posicion o cargo que desempeña:

E) SECCION PARA SUBSCRIPCION DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO (S M H)

DEPENDIENTES ECONOMICOS ELEGIBLES (Conyugue e Hijos)

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

F) BENEFICIARIO

	Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

G) 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 cardiaco, 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? ¿Cuando?							
14) ¿Usted fuma? ¿Qué cantidad acostumbra a fumar diariamente?							
15) ¿Consume 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) ¿Padeció 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? ¿cuantos meses tiene?						
	21) ¿Ha tenido partos anteriormente? ¿Cuantos?						
	22 ¿Ha sufrido usted partos prematuros, abortos o partos con feto muerto?						
23 ¿Fuerón 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 0 cualquier 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 lesión		Fecha:		Tratamiento	
ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIAR DEL TITULAR				ANTECEDENTES SALUD DEL CONYUGUE			
Historial Familia	Padre	Madre	Cónyuge	Hermanos	Hijos	Padre	Madre
Edad							
Estado de Salud							
Edad a su muerte							
Causa de la muerte							
H) INSTRUCCIONES ESPECIALES							
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.							
I) 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.							
J) 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 detallen acerca de su estado de salud, información heredofamiliar y datos personales.							
K) DECLARACIONES							
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.							
Origen de fondos y aceptación de clausula. 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. 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.							
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL CLIENTE		FIRMA Y NO.DE AGENTE			
L) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA							
CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA O		NEGOCIOS SEGCON O		CORREDURIA O		LICITACION O OTROS O (especifique):	
Nombre del asesor y/o correduria que entrevistó		Fecha de entrevista		Fecha entrega área técnica		Firma del entrevistador	
						Firma Supervisor	
Observaciones:							
M) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA							
No° de póliza		Certificado #		Suma Asegurada		Prima Anual	
						Nombre, firma y sello del oficial que recibe.	

