



FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

De acuerdo con las condiciones de la Pólizas de Seguro Colectivo Médico Hospitalario, otorgadas a nombre de _____
_____, solicito inscribir como Asegurado a _____
_____ incluido a partir del día _____ mes _____ año _____.

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

C O N S E N T I M I E N T O

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para los efectos correspondientes, proporciono los datos siguientes:

I. Datos Personales del Asegurado			
Como aparece en el documento de identidad			
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
Fecha de Nacimiento		Edad:	Género
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento: Municipio Departamento		Nacionalidades	
Número de Identificación:	Tipo de Identificación		
D.N.I. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residente. <input type="checkbox"/>	
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Estado Civil Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>
Número RTN.	Profesión u Oficio:		
Nombre Completo del Cónyuge:		D.N.I del Cónyuge:	
¿Es su cónyuge una persona políticamente expuesta (PEP)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (si su respuesta es afirmativa favor completar la siguiente información)			
Lugar de Nacimiento Cónyuge: _____			
Género: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Nacionalidades _____	
Ocupación Cónyuge: _____		Profesión Cónyuge: _____	



Origen de los recursos del Asegurado		
Actividad Económica Principal:		
Ocupación Actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otros _____		
Nombre del Negocio (si aplica):	Giro del Negocio:	Act. Económica del Negocio:

Dirección Completa de Residencia del Asegurado:					
Departamento:	Municipio:	Colonia:	Avenida:	Ciudad:	Calle:
Número de Fax	Bloque No:	Número Celular:	Teléfono de Residencia No:	Otro Teléfono	
Correo Electrónico:					
Otras referencias o señas:					

II. Detalle de Información Laboral:					
Nombre de la empresa donde labora:			Posición / cargo que desempeña:		
Fecha de Empleo			Salario Devengado		
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Mensual <input type="text"/>	Quincenal <input type="text"/>	
Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:		Sitio Web:	
Específicamente detalle su fuente de ingresos:					
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique:					
Nombre de la Aseguradora: _____					
Tipo(s) de Seguro(s): _____ Suma(s) Asegurada(s): _____					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:					
Departamento	Municipio	Ciudad		Colonia	Calle
Bloque	Avenida	Edificio	Teléfono No:	Teléfono Fax No:	
Correo Electrónico:			Sitio Web:		

Favor llenar las indicaciones del reverso de la página.

III. Detalles de Información para Aseguramiento

B.1.- Beneficiarios del Seguro Colectivo Medico Hospitalario (anotar nombre completo en letra de molde)



N o.	Nombres	D.N.I	Parentesco	Participación %	Relación (Marque con una X) Financiera Personal		¿Es un PEP? Si/No
1.							
2.							
3.							
4.							

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)

B.2.- Beneficiario de Contingencia: (anotar nombre completo en letra de molde)

Beneficiario Contingente: La persona que recibe el pago de la indemnización del seguro en reemplazo del o los beneficiarios principales que, a la fecha del fallecimiento del Asegurado, también hubieran fallecido.

No.	Nombres	D.N.I	Parentesco	Participación %	Relación (Marque con una X) Financiera Personal		¿Es un PEP? Si/No
1.							

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)

B.3.- Tutor de los Beneficiarios menores de 21 años (anotar nombre completo en letra de molde)

El Asegurado puede designar a un tutor para los beneficiarios menores de edad para que éste reciba y administre la indemnización del seguro a nombre de los beneficiarios, en caso de que ninguno de los padres del beneficiario se encuentre vivo al momento de la muerte del asegurado, o que aun estando vivo uno de los padres, éste ceda por escrito su derecho de administrar el monto asegurado a favor del tutor designado por el causante.

No.	Nombres	D.N.I	Parentesco	Participación %	Relación (Marque con una X) Financiera Personal		¿Es un PEP? Si/No
1.							

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)

Favor llenar las indicaciones del reverso de la página.

B.4.- Datos del Beneficiario Final (favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS en numeral III)

B.5.- Antecedentes de Salud

Estatura (m) _____ Peso (lbs.) _____

Favor contestar las preguntas a continuación descritas con “Sí” o “No”.



1. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Si	No	Enfermedad	Si	No	Enfermedad	Si	No
Trastorno de las Vías Digestivas			Artritis o Reumatismo			Cualquier Defecto, Amputación o Menoscabo Físico		
Trastorno de la Sangre			Trastorno del Recto			Enfermedades o Defectos de la Vista, Oído, Nariz o Garganta		
Venas Varicosas			Trastorno Urinario					
Enfermedades del Corazón			Enfermedades Venéreas			Trastornos de la Vesícula Biliar		
Desmayos o Mareos			Insuficiencia Renal o Enfermedades de los Riñones			Albúmina, Azúcar en la Orina		
Alta o Baja Presión			Enfermedades Cerebrovasculares, Lesiones de la Cabeza o Espina Dorsal			Prostatitis		
Convulsiones			Diabetes			A sufrido algún accidente grave		
Trastornos Nerviosos			Hernia			Cirrosis		
Tuberculosis			Bocio			¿Está actualmente Embarazada?		
Dolores de Cabeza Severos			Cáncer			¿Meses? _____		
Enfermedades mentales			Trastorno Glandular			Operación Cesárea		
Epilepsia			Tumores			Otras enfermedades Especifique:		

2. ¿Se encuentra usted actualmente con buen estado de salud? _____ En caso negativo, dé detalles _____

3. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedades o accidentes durante los últimos tres meses? _____

4. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? _____

5. ¿Tiene usted intensión o se le ha recomendado ser intervenido(a) quirúrgicamente? _____

6. ¿Le ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de vida o salud? _____

En caso de que alguna de las interrogantes anteriores tenga respuesta afirmativa, detalle a continuación:

Dolencia	Tratamiento	Fecha de Dolencia	Duración del Tratamiento	Nombre del Médico	Nombre del Hospital/Clinica

Favor llenar las indicaciones del reverso de la página.



¿Asegurará a sus familiares dependientes, cónyuge e hijos?

Sí

No

En caso de que la respuesta sea afirmativa, favor llenar la solicitud de inscripción por cada dependiente

Declaración de Veracidad y Autorización

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Equidad Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar. AUTORIZO a todo Médico, Clínica u Hospital y otros establecimientos que me hayan asistido o puedan asistirme en el futuro por circunstancias de salud, para que suministren a Equidad Compañía de Seguros S.A., los informes que requieran en relación con el Seguro que yo solicito, eximiéndolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la información brindada referente a mí persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta Autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Fecha _____ de _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO