

8. ¿Tiene actualmente Poliza en vigencia con esta u otras compañías? Si No

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigencias

9. En caso de ser aceptada mi solicitud, nombro como beneficiario(s) de mi seguro de vida a:

No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Numero Identificación	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje (%)

10. De desear cobertura médica y dental o sólo médica para sus familiares dependientes (Cónyuge e hijos), favor indicar sus nombres a continuación:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	PESO	ESTATURA

11. Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes. (Responda Si o No con su puño y letra) Si la respuesta es afirmativa, indique en la línea de la derecha el nombre de la persona a quien aplica.

Si o No

NOMBRE DEL PACIENTE

a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?

b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada o baja, síndrome metabólico, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?

c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigo, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?

d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fistula del recto u otras enfermedades del aparato digestivo?

e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Menier?

f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?

g) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?

h) ¿Enfermedades o defectos congénitos? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos?

i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambio de coloración en los tejidos de la boca, vitíligo?

j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Cálculos renales? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?

k) ¿Enfermedades de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras?

l) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna?

m) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (Escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?

n) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente: por ejemplo, las enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?

12.

- a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? _____ _____
- b) ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? ¿Cuándo? Indicar clínica u hospital _____ _____
- c) ¿Ha sufrido algún tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.? _____ _____
- d) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? _____ _____

13. Para personas de sexo femenino:

- a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente? _____ _____
- b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos? _____ _____
- c) ¿Se demora su menstruación más de 35 días? ¿Cuánto dura su ciclo menstrual? _____ días. _____
- d) ¿Hace cuanto se practicó la última citología? _____ _____

14.

- a) ¿Ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra o un fisioterapeuta? _____ _____
- b) ¿Ha sido tratado por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? _____ _____
- c) ¿Quién es su médico de cabecera? _____ _____

15. ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué? _____ _____

16. ¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica? _____ _____
 Si su respuesta es afirmativa, escriba cual (es)? _____

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 11 a la 16, especifique enfermedad o accidente:

ENFERMEDAD O ACCIDENTE	NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO TRATANTE	¿CUANDO? ¿DURACION? ¿SECUELA?

CONSENTIMIENTO

Por la presente solicito a INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A. la protección de seguro por la cantidad o cantidades, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el contrato de seguro emitido al Contratante y autorizo a éste que haga el cargo de la cantidad requerida, para cubrir la cuota de mis primas de seguro de acuerdo a lo solicitado en este formulario. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicho cargo en cualquier tiempo, mediante aviso escrito al Contratante.

DECLARACION DEL SOLICITANTE

1. Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal, no generando riesgo o peligro inminente para mi vida y que la fecha de suscribir este seguro, gozo de muy buena salud y que no padezco de afecciones crónicas o graves en mi salud.
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, laboratorio o clínica que pudieran haber atendido a mi persona, a mi conyuge o a mis hijos en la recuperación de la salud, para que suministre a INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A., los expedientes o las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal o responsabilidad en tal sentido.
3. Dejo expresa constancia que todas las respuestas en esta solicitud, están ceñidas a la verdad y si se comprobare que las mismas no lo están, INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A., se eximirá de toda obligación a indemnizar y queda facultada a revocar mi cobertura bajo póliza si así lo deseara.
4. Me doy por enterado que las primas serán ajustadas al efectuarse un cambio en el rango de edad establecido y que en la renovación de la póliza, la tarifa podría sufrir un incremento en virtud del costo de los servicios de la salud.
5. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las estipulaciones generales de la póliza, las cuales forman parte integral del Contrato y estoy de acuerdo con ellas.

_____ de _____ de 20_____
Firma del Solicitante

Fecha en que Firma

Nombre y Código del Productor

La primera prima se deberá pagar hasta que se le notifique su aprobación por la Compañía de Seguros

PARA USO EXCLUSIVO DE INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A.

Aprobada por: _____ Fecha: _____ de _____ de 20____ No. de certificado: _____



Firma