



# SOLICITUD DE INSCRIPCION POLIZA DE SEGURO COLECTIVO Seguros

Vida  Médico Hospitalario  Accidentes Personales

COBERTURA OPCIONAL  Categoría del Empleado \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Seguro de Vida Opcional \_\_\_\_\_ Número de Certificado \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_

Sucursal o Departamento: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_ Sueldo Mensual: \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES:		Número afiliado Seguro Social: _____
Lugar de Nacimiento: _____	No. de Identidad: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Teléfono: _____
Dirección Actual: _____		
Apartado Postal: _____	Estado Civil: _____	Sexo: _____
Estatura Mts: _____	Peso Lbs.: _____	Correo Electrónico: _____

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA			
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE

DEPENDIENTES ECONOMICOS (Cónyuge e Hijos) PARA EL PLAN MEDICO HOSPITALARIO Y/O DENTAL				
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	PESO	ESTATURA

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Patrono o Contratante

	Si	No	NOMBRE DEL PACIENTE
(1) Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes, (conteste Si o No con su puño y letra):			
A) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis, crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B) ¿Palpitaciones rápidas, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, diabetes, anemia, fiebrosis, várices, u otras enfermedades del aparato circulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C) ¿Dolor de cabeza, insomnio, vértigo, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, u otras enfermedades del sistema nervioso, pérdida de la memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D) ¿Trastornos del estómago o del intestino, úlceras cálculos vesiculares, vómito de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fístula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
E) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración?, ¿Síndrome de Manier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
F) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
G) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
H) ¿Enfermedades o defecto congénito? ¿Problemas en la tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
I) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada, lesiones u orales, cambios de coloración en los tejidos de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
J) ¿Edema inflamaciones o superación de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
K) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
L) ¿Enfermedades venéreas? ¿A repetición? ¿Síndrome VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
M) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente o sudoración nocturna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
N) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatinas, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
O) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente; por ejemplo: enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(2) A) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B) ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Indicar clínica u hospitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C) ¿Ha sufrido algún tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(3) <b>Para personas de sexo femenino.</b>			
A) ¿Esta embarazada? ¿De cuantos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(4) A) ¿Ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra, o un fisioterapeuta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
B) ¿Ha sido tratado por algún otro tipo de médico?, ¿Por que?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
C) ¿Quién es su médico de cabecera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(5) ¿Practica usted, su cónyuge o hijos deportes?, ¿Cuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
(6) ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida?, ¿Por que?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 1 a la 6, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuela?

**MUY IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERSE ANTES DE FORMAR)**

Se advierte que conforme al artículo 1141 y 1143 de C.D.C., debe declarar todos los hechos a que se refiere este Cuestionando tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto a los hechos que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones. AUTORIZO por este medio a los médicos, Laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular en la recuperación de la salud, para que suministren a: INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevandolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido de una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original:

\_\_\_\_\_ Firma del solicitante

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_