

Vida  Médico Hospitalario  Accidentes Personales

Código: SPN-F.GTP-64

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Categoría / Máximo Vitalicio (Gastos Médicos): \_\_\_\_\_ Categoría / Suma Asegurada (Vida): \_\_\_\_\_

Seguro de Vida Opcional: Si  No  Suma Asegurada Opcional: \_\_\_\_\_ (Pólizas que Aplique)

**I. Datos generales del asegurado:**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada
DNI <input type="checkbox"/>		Carnet residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:	Profesión u oficio:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Estatura en metros:	Peso en libras:			
Fuma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos al día?	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con que frecuencia?	
Cargo que desempeña:	Fecha de empleo:	Día	Mes	Año
Sueldo mensual:	Fecha de ingreso póliza:	Día	Mes	Año
Sucursal:				

**Dirección del asegurado:**

País:	Departamento:	Ciudad / Municipio:		
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.:
Teléfono:	Celular:	E-mail:		

**II. Beneficiarios del seguro de vida**

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**III. Beneficiarios de contingencia**

En caso de fallecimiento de el (los) beneficiario(s) anteriormente designado(s) nombro como beneficiario(s) de Contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**IV. Dependientes economicos (cónyuge e hijos) para el Plan Médico Hospitalario y/o Dental (si aplica)**

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso (Libras)	Estatura (Metros)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del patrono o contratante

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

**V. Declaración de salud**

1- Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes, (Conteste Si o No con su puño y letra).	<b>Si No</b>
a) ¿Asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco, tensión arterial elevada o baja, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, parálisis, trastornos mentales, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) ¿Trastornos del abdomen, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, dispepsia, ERGE, síndrome de colon irritable, hernias umbilical, hernia incisional, hernia ventral, hemorroides, fístula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) ¿Enfermedades de los oídos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) ¿Enfermedades del sistema músculo esquelético (músculos, huesos, articulaciones, tendones), reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática? ¿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?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) ¿Otras enfermedades: congénitas, tiroides, inflamación de ganglios, edema, fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna? ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente; por ejemplo, enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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, cambios de coloración en los tejidos de la boca, vitiligo, alergias en piel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) ¿Infecciones de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica, tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3- ¿Ha sido tratado por algún otro tipo de médico? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Para personas de sexo femenino:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de las mamas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Se demora su menstruación más de 35 días? ¿Cuanto dura su ciclo menstrual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) ¿Hace cuanto se practicó la última citología? ¿El resultado fue normal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19? ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 1 a la 5, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuela?	Paciente / Asegurado

¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? Si  No  Si ha contestado afirmativamente especifique:

Nombre del Asegurado	Diagnóstico	Nombre del Medicamento	Dosis	Desde	Hasta

**Muy importante para el solicitante (debe leerse antes de firmar)**

Se advierte que conforme al artículo 1141 y 1143 del código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario 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 a mi persona 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 que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

Autoriza a LA COMPAÑÍA, para que los documentos que acreditan la celebración de la póliza de Seguros, incluyendo las Condiciones Generales así como cualquier modificación realizada, pueden ser enviados al correo electrónico indicado en esta solicitud.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante