Ficohsa Seguros

Solicitud de Inscripción al Seguro Colectivo de Gastos Médicos y Vida Consentimiento del Asegurado - Con Responsabilidad Laboral

Vida ☐ Médico Hospitalario ☐ Accidentes Personales ☐ CÓDIGO: SPN-F.GTP-63

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)

Datos generales del asegurado:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada

DNI ☐ Carnet residencia ☐ Pasaporte ☐				No. identificación		
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad:	Sexo: M ☐ F ☐
Nacionalidad:		Profesión u oficio:				
Estatura en metros:		Peso en libras:				
Fuma: Si ☐ No ☐ ¿Cuántos cigarrillos al día?		¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐ ¿Con que frecuencia?				
Cargo que desempeña:	Fecha de empleo:	Día	Mes	Año	Fecha de ingreso póliza:	Día Mes Año
Sueldo mensual:		Sucursal:				

Direccion del asegurado:

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

Beneficiarios del seguro de vida

Por este medio declaro mi único beneficiario de mi seguro de vida a la empresa contratante que ha suscrito la póliza para la cual he completado esta solicitud, con el propósito de cubrir la respondabilidad laboral en base a lo establecido en el Código de Trabajo; Si la suma asegurada contratada supera la obligación laboral del contratante de esta póliza; Designo como beneficiario (s) por el remanente de la suma asegurada si existiere a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

Beneficiarios de contingencia

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario (s) designado(s) por el remanente de la suma asegurada; si existiere, nombro como beneficiario (s) de contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

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)

_____ de _____ del 20____

Firma y sello del patrono o contratante

Cuestionario de salud

1- Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes. (Conteste Sí o No de forma ordenada)	**SI / NO**
a) ¿Asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	☐ ☐
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?	☐ ☐
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, parálisis, trastornos mentales, neurosis, perdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?	☐ ☐
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?	☐ ☐
e) ¿Enfermedades de los oídos?	☐ ☐
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?	☐ ☐
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?	☐ ☐
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.?	☐ ☐
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, vitíligo, alergias en piel?	☐ ☐
j) ¿Infecciones de Trasmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras?	☐ ☐
k) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna?	☐ ☐
l) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?	☐ ☐
2. a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica, tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.?	☐ ☐
b) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? ¿Cuándo?	☐ ☐
3. ¿Ha sido tratado por algun otro tipo de médico?¿Por qué?	☐ ☐
4. Para personas de sexo femenino: a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente?	☐ ☐
b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de las mamas?	☐ ☐
c) ¿Se demora su menstruación más de 35 días? ¿Cuanto dura su ciclo menstrual?	☐ ☐
d) ¿Hace cuanto se practicó la última citología? ¿El resultado fue normal?	☐ ☐
5. Antecedentes Covid-19: ¿En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19? ¿Cuándo?	☐ ☐

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 1 a la 5, especifique:

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