Ficohsa Seguros

Solicitud de Seguro Médico Hospitalario Individual y Familiar

Esta solicitud debe completarse con letra molde de forma clara, por el solicitante sin alteraciones ni tachaduras.

Código: SPN-F.GTP-53

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:

I. Datos Generales del Tomador del Seguro

Datos Persona Natural

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Apellido de casada	DNI ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento: Día Mes Año

RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Edad	Sexo M ☐ F ☐

Nacionalidad

1	2	3

Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña
Tiempo de laborar	Giro de la empresa
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos

Nivel aproximado de ingresos mensuales

L0.00 - L27,000.00 ☐ L27,000.01 - L53,000.00 ☐ L53,000.01 - L89,000.00 ☐ L89,000.01 - L177,000.00 ☐ L177,000.01 - L442,000.00 ☐ Mayor a L442,000.01 ☐

¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si ☐ No ☐	Cargo:	Periodo:	Institución:

En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 Formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)
No aplica completar formulario para el Representante Legal

¿Actua en nombre o representación de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es **Si** indicar:

Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa

¿Depende económicamente de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es **Si** indicar:

Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa

¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐

APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.

Si la respuesta es **Si** indicar que actividad APNFD realiza:

¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que desempeña

No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
¿Qué tipo de seguro?		Sumas aseguradas

B. Datos personales del Solicitante

I. Datos Personales

Estatura (en metros)	Peso (en libras)	¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? Si ☐ No ☐	¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia? Si ☐ No ☐
Deportes o hobbies			A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular? Si ☐ No ☐

C. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

I. Coberturas Solicitadas

Seguro de Vida: ☐ L 400,000.00 ☐ L 500,000.00 ☐ US$30,000.00

Plan Médico Hospitalario: ☐ Esencial ☐ Plus ☐ Premium

Plan Dental: ☐ Si ☐ No

Afiliación de Servicio: Servicio Médico Porsalud ☐ Si ☐ No

Servicio de Asistencia Funeraria ☐ Si ☐ No

Forma de pago de las primas: ☐ Mensual (10 Pagos) ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Pago: ☐ En efectivo Cargo a mi cuenta en Banco Ficohsa: ☐ Ahorro ☐ Cheques ☐ Tarjeta de Crédito

Número de cuenta: _____ Número Tarjeta de Crédito: _____

II. Beneficiarios

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	No. de identidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario(s) designado(s), nombro como beneficiario(s) de contingencia a:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	No. de identidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje

III. Dependientes

En caso de ser aceptada mi solicitud; incluir en el Plan Médico Hospitalario a mis dependientes (cónyuge e hijos)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Peso en libras	Estatura en metros

IV. Cuestionario de salud:

Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes (Conteste Si o No de forma clara)	**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 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, 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. ¿Enfermedades 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.)?	☐ ☐

V. Antecedentes hospitalarios, traumáticos y quirúrgico:

SI / NO

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? ☐ ☐

VI. Para personas de Sexo Femenino:

SI / NO

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? ¿Cuánto dura su ciclo menstrual? días. ☐ ☐

d. ¿Hace cuanto se practicó la última citología? ¿El resultado fue normal? ☐ ☐

¿El resultado fue normal? Sí ☐ No ☐

VII. Otros Antecedentes:

SI / NO

a. ¿Ha sido tratado por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? ☐ ☐

VIII. Antecedentes Covid-19:

SI / NO

a. ¿En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19? ¿Cuándo? _____ ☐ ☐

Si ha contestado afirmativamente a una o varias de las preguntas, especifique:

Nombre	Enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo?	¿Duración?	¿Secuela?

VIII. Medicamentos:

¿Esta tomando algun medicamento en la actualidad? Sí☐ No☐ Si ha contestado afirmativamente especifique:

Nombre del Asegurado	Diagnóstico	Nombre del medicamento	Dosis	Desde	Hasta

DECLARACIÓN 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 a la fecha de suscribir este seguro, gozo de buena salud y que no padezco de afecciones crónicas o graves en mi salud.

2. Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio o clínica que me pudieron haber atendido, para que suministre a Ficohsa Seguros, los expedientes o las afirmaciones que ésta requiera en relación a este, 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, Ficohsa Seguros se eximirá de toda obligación a indemnizar y queda facultada a revocar mi cobertura de póliza.

4. Me doy por entendido que las primas serán ajustadas en las renovaciones de la póliza, por el comportamiento siniestral o de acuerdo al índice de inflación anual.

5. Manifiesto que he leído la solicitud, las condiciones especiales y generales de la póliza, las cuales forman parte integral del Contrato y estoy de acuerdo con ellas.

6. Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

IMPORTANTE

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 firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina 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 estas declaraciones.

_____ de _____ de 20____

Firma del Solicitante — Fecha en que Firma

Nombre y Firma del Intermediario — Código del Intermediario