

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE SALUD INTERNACIONAL

Tipos de Movimientos

Emisión Cambio de Plan Cambio de Deducible Cambio Frecuencia de Pago Inclusión Coberturas Opcionales Inclusión Dependiente Exclusión Dependiente

Datos del Contratante o Titular

Nombres:		Primer Apellido:			
Segundo Apellido:		Cédula/ Pasaporte:			
Fecha Nacimiento:	Día :	Mes:	Año:		
Sexo:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estado Civil:	
				<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
Nacionalidad:			Estatura:	Pies:	Pulg.: Lbs.:
Dirección Residencia:		Calle:			Número:
		Sector:	Residencial:	Apto:	Provincia/ Ciudad:
Teléfono Residencia:		Teléfono Celular:		Teléfono Oficina:	

Especificaciones del Seguro Solicitado (Marcar el plan y las coberturas deseadas)

Solo para planes Trébol Med

Modalidad:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	Coberturas Opcionales:	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Conyuge
Plan	<input type="checkbox"/> Meditrébol <input type="checkbox"/> Meditrébol Plus	Seguro de Fallecimiento	<input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 25,000 <input type="checkbox"/> No
Sumas Aseguradas:	<input type="checkbox"/> 1,000,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000	Seguro de Fallecimiento Accidental	<input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 25,000 <input type="checkbox"/> No
Deducibles:	<input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 3,000 <input type="checkbox"/> 5,000	Ambulancia Aérea Nacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Datos Dependientes Asegurados

	Nombre Completo	Sexo	Fecha Nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Estatura	Peso
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Declaración de Asegurabilidad del Solicitante y/o Dependientes
Subrayar el padecimiento que corresponda y marcar con una "X" la respuesta.

Preguntas:	Titular	Dependientes					
		1	2	3	4	5	6
1. ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes condiciones y/o enfermedades?							
1.1. Diabetes mellitus, enfermedad de la tiroides, del hígado, de los riñones, esófago, intestinos, colon, páncreas, de la próstata, de la vesícula biliar, de la vejiga, ácido úrico elevado (gota), hepatitis B o C, quistes. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.2. Gastritis, úlcera del estómago, tumor o cáncer. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.3. Fiebre reumática, reumatismo o artritis, enfermedades de los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, algún menoscabo físico, deformación, cojera, amputación, trastornos de los músculos o lesiones óseas de la cabeza. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.4. Epilepsia, Pérdida del conocimiento, trastornos del sistema nervioso, cerebrales, esquizofrenia o trastornos mentales. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.5. Enfermedades relacionadas con el VIH, SIDA. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.6. Tuberculosis, bronquitis crónica o asma. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.7. Enfermedad del corazón; tensión arterial (alta/baja). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.8. Enfermedad, condición o lesión no indicada anteriormente. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
2. ¿Sufrió o está sufriendo alguno de los siguientes síntomas: fiebre permanente o en intervalos, sudoración nocturna, pérdida inexplicable de peso, cansancio, fatiga, decaimiento corporal, tumefacciones de los ganglios linfáticos, diarrea, alteraciones dermatológicas inexplicables, tos o dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
3. ¿Tiene alguna enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
4. ¿Le han administrado transfusiones sanguíneas y/o derivados de sangre? En caso afirmativo indicar cuándo y motivo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

Declaración de Asegurabilidad del Solicitante y/o Dependientes
Subrayar el padecimiento que corresponda y marcar con una "X" la respuesta.

Continuación de Preguntas:	Titular	Dependientes					
		1	2	3	4	5	6
5. Historial Familiar (padres, abuelos, tíos, hermanos). ¿Han habido o existen en su familia casos de: diabetes mellitus, epilepsia, cáncer, demencia, enfermedades del aparato circulatorio, incluyendo hipertensión, suicidio, enfermedades infecciosas (especialmente tuberculosis pulmonar), SIDA?. En caso afirmativo, cuál enfermedad y qué tipo de familiar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
6. ¿Recibe usted de otra institución alguna pensión o indemnización a causa de lesión o enfermedad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
7. ¿Ha estado interno en algún hospital o clínica? En caso afirmativo, indicar cuándo y el diagnóstico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
8. ¿Le han hecho estudios Rayos X, o electrocardiogramas, endoscopías u otros procedimientos diagnósticos? En caso afirmativo, indicar cuándo y el diagnóstico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
9. ¿Tiene alguna operación? En caso afirmativo, indicar cuándo y el diagnóstico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
10. Para mujeres: ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
11. Para mujeres: ¿Está usted embarazada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo indicar: Meses: _____ Fecha Parto/Cesárea _____ 1er Embarazo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
12. ¿Ha practicado, practica o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa tales como: aviación, pesca submarina, paracaidismo, montañismo, carreras de automóvil o motor, u otra actividad no indicada anteriormente? En caso afirmativo, detallar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
13. ¿Usa o ha utilizado drogas llamadas narcóticas o estimulantes? En caso afirmativo, indicar cuáles: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
14. ¿Usted fuma o ha fumado más de once (11) cigarrillos diarios?, En caso afirmativo, indicar cantidad exacta y desde cuando fuma o dejó de fumar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
15. ¿Le ha sido rechazada, extraprimada, cancelada o pospuesta alguna solicitud de seguro? En caso afirmativo, indique: compañía, motivo y suma asegurada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
16. ¿Posee otro seguro médico en vigor? En caso afirmativo especifique: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

Para todas las respuestas afirmativas, indique los siguientes detalles:

Núm. de pregunta	Titular o Dependiente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre del Médico y/u Hospital

Beneficiarios del Titular

Nombre completo	Cédula / Pasaporte	Parentesco	% Asignado

Frecuencia de Pago

Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Prima:
---	---------------

Datos Bancarios (Para fines de cargo a cuenta o tarjeta de crédito)

Debitar a: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	Institución Bancaria:
Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express	Cuenta No.:
Tarjeta No.:	Fecha Expiración Tarjeta:

Yo convengo y entiendo que:

La cobertura no será efectiva hasta que esta solicitud sea aprobada por La Compañía. Toda la información suministrada por mí en esta declaración y cualquier información dada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas, y formarán parte del contrato entre mi persona y La Compañía.

La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales y proveedores de cuidados de salud, con el propósito de poder determinar mi asegurabilidad y la de mis dependientes asegurados bajo el plan por el cual estoy declarando, o para cualquier reclamación futura sobre la póliza emitida. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

Autorizo a MAPFRE BHD Seguros a investigar y/o suministrar a los centros de información, toda la información relacionada con mi historial crediticio así como la derivada de la experiencia del manejo de mi crédito con motivo de esta póliza.

Fecha: _____
 Día/ Mes/ Año

Firma del Solicitante

Código del Intermediario

Firma del Intermediario

Datos Comerciales (Uso exclusivo para Intermediarios o Ejecutivo de Negocio)

Canal: <input type="checkbox"/> Canales Alternos <input type="checkbox"/> Canales Tradicionales	Intermediario: Manuel O. Matos Brea & Asociados
Ejecutivo Comercial:	Ejecutivo de Banco:
Oficina Comercial:	

Para Uso Interno de Mapfre BHD/Seguros

APROBADO DECLINADO APLAZADO

Exclusiones: _____

Observaciones: _____

Fecha

Firma Autorizada