



# Formulario de Solicitud de Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

- Póliza Nueva
- Adición de Dependiente
- Rehabilitación
- Cambio de Plan
- Inclusión

Plan	Deducibles	
<input type="checkbox"/> Infinity International	<input type="checkbox"/> Opción I	\$1,000
	<input type="checkbox"/> Opción II	\$2,500
	<input type="checkbox"/> Opción III	\$5,000

## Modalidad de Pago

- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Mensual

## Forma de Pago

- Tarjeta de Crédito o Débito (Pago recurrente)
- Depósito o Transferencia
- Cheque (Empresas)
- Otro

## Contratante

Número de Póliza  Nombre o razón social

Dirección

No. de contribuyente o equivalente  Teléfono

Representante legal

Datos del representante legal

Correo electrónico

## Solicitante

Primer Nombre  Inicial segundo nombre  Primer Apellido

Apellido Materno

Fecha de nacimiento  Sexo  F  M

Cédula/Pasaporte  Edad  Peso  Lbs/Kgs Estatura  Pies/Mts.

País de Residencia  Ciudad/Provincia

Dirección de Residencia

Sector

Tel. Residencia  Tel. Celular  Tel. Oficina

Correo electrónico

Empresa donde labora  Ocupación/Cargo

Dirección

Sector  Ciudad

País

Nombres de los dependientes		Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
D1 Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="text"/>		Lbs/Kgs	Pies/Mts.
D2 Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="text"/>		Lbs/Kgs	Pies/Mts.
D3 Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="text"/>		Lbs/Kgs	Pies/Mts.
D4 Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="text"/>		Lbs/Kgs	Pies/Mts.

De requerir agregar un dependiente favor indicarlo en la sección de comentarios adicionales.

¿Los hijos de 19 a 24 años son estudiantes a tiempo completo?

Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, mencione el nombre y el número de teléfono de la Universidad:

Nombre Hijo

Universidad  No. Teléfono

Nombre Hijo

Universidad  No. Teléfono

## Sección A

Marque S o N en la casilla ( S: si es afirmativo, N: si es Negativo o no aplica), usted o algunos de sus dependientes que haya padecido o padezca de alguna de las siguientes enfermedades, subrayar patología:

1. ¿Artritis, neuritis, reumatismo, osteoporosis, lumbago, hernia discal, escoliosis, u otros padecimientos de la columna dorsal u otros trastornos músculo esqueléticos?

Tipo de Afiliado  
T D1 D2 D3 D4 D5

2. ¿Embolia, trombosis, migraña, dolores de cabeza u otros padecimientos cerebro vasculares?

3. ¿Epilepsia, desmayos, mareos, crisis nerviosa, ansiedad, depresión, convulsiones u otros padecimientos del cerebro o sistema nervioso?

4. ¿Visión defectuosa, glaucoma, cataratas, otitis, laberintitis, mala audición u otros padecimientos de la vista y/o del oído?

5. ¿Presión arterial alta, problemas del corazón, soplos, valvulopatías, angina, infarto, varices, flebitis, patología cardíaca u otros padecimientos del Sistema Cardiovascular?

6. ¿Tuberculosis, enfisema, bronquitis, rinitis, sinusitis, amigdalitis, asma, alergias u otros padecimientos del Sistema Respiratorio?

7. ¿Hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlceras, colitis, hepatitis, diverticulosis, hemorroides, problema de los intestinos, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y otros padecimientos del Sistema Digestivo?

8. ¿Cálculos renales, nefritis, infecciones urinarias, sangre en la orina, padecimientos del riñón u otros padecimientos del Sistema Urinario?

9. ¿Padecimientos de la próstata, testículos, varicocele u otros padecimientos de los órganos reproductivos masculinos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. ¿Anemia, anemia falciforme, hemofilia, trastornos de la coagulación, fiebre reumática u otros padecimientos sanguíneos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. ¿Diabetes, colesterol y/o triglicéridos altos, padecimientos de la tiroides, gota, crecimiento y/o inflamación de ganglios linfáticos o trastornos endócrinos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. ¿Cáncer, tumor, quistes, leucemia? ¿Ha recibido quimioterapia, radioterapia o tratamiento alternativo? Detalle en cuadro inferior

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. ¿Prótesis, implantes, amputación, secuelas de algún tipo de limitación funcional?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. ¿Alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito, pérdida del uso de la audición, ojo(s) o algún miembro?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. ¿Ha recibido transfusión de sangre? ¿Por qué?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16. ¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas o estimulantes? ¿Tiene o ha tenido alguna vez dependencia alcohólica?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

17. ¿Enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, clamidia, infección por virus del papiloma humano, herpes u otras?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

18. ¿Ha tenido alguna enfermedad, padecimiento, signo, accidente o desorden fisiológico, que no se haya mencionado en este cuestionario?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. ¿Está usted embarazada? Favor indicar semanas de embarazo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, tumores, quistes, cualquier tipo de masas, cervicitis, enfermedades de los senos, ovarios, trompas, trastornos menstruales, hemorragias menstruales, alteraciones menstruales o desordenes de los órganos reproductivos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## Sección B

Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que:

1. ¿Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. ¿Haya tenido alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la sección A o en la primera pregunta de esta sección?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ¿Haya tenido un examen físico?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si usted ha indicado SI en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información. (Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalle en otra hoja).

Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del Hospital



# Formulario de Solicitud de Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del Hospital

¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado, recargado o limitado un seguro de vida, de accidente o de salud a usted o a alguno de los dependientes nombrados? En caso de contestar afirmativo ¿Por qué razón?  Sí  No

¿Ha tenido o tiene Seguros de Gastos Médicos /Salud vigentes?  Sí  No

Nombre de compañía

Número de Póliza

Nombre del Asegurado

Compañía Aseguradora

Tipo de Póliza

Fecha en que se emitió la póliza  d | d | m | m | a | a | a | a

¿Tuvo alguna reclamación?  Sí  No En caso afirmativo especificar

## Sección C. Beneficiarios Primarios

Favor indicar los beneficiarios del beneficio de Vida.

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Parentesco	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco  Cédula/Pasaporte



# Formulario de Solicitud de Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

## Beneficiario(s) Contingente(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Contingentes es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

	Parentesco		Cédula/Pasaporte	
--	------------	--	------------------	--

## Comentarios adicionales


### Queda entendido y convenido que:

- a. Worldwide Seguros, S.A. (en adelante "La Compañía"), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud. La cobertura provista por La Compañía no entrará en vigor hasta que la solicitud sea recibida, aprobada y notificada por La Compañía.
- b. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas son completas y verdaderas. Si hubiera alguna(s) respuesta(s) falsa(s), fraude u omisión en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser dado por terminado por La Compañía.
- c. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo, durante toda la vigencia de la póliza, a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que esta requiera, incluyendo registros respecto a consejos, cuidado(s) o tratamiento(s) proporcionado(s) a mi y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Sub-Gerente de Afiliación