



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?



Formulario de Solicitud de Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

Tipo de Afiliado Pág. 3 de 5
T D1 D2 D3 D4 D5

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

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

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

<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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

<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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ¿Haya tenido un examen físico?

<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

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

¿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

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

Comentarios adicionales

Queda entendido y convenido que:

- 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.
- 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.
- 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