

**SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO 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 Laborales**

<b>Nombres del Contratante:</b>		<b>Póliza No.:</b>
<b>Fecha de Ingreso:</b> Día : Mes: Año:	<b>Certificado No.:</b>	
<b>Frecuencia de Pago:</b>		
<b>Salario Mensual:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Estado Civil:</b>

**Datos Generales del Empleado / Asegurado**

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

**Desea recibir los documentos vía correo electrónico:**  Sí  No **Correo Electronico:**

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

**Solo para planes MediSalud**

<b>Modalidad:</b> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar	<b>Coberturas Opcionales:</b> <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge
<b>Plan:</b> <input type="checkbox"/> MediSalud <input type="checkbox"/> MediSalud Plus <input type="checkbox"/> USALUD	<b>Seguro de Fallecimiento:</b> <input type="checkbox"/> US\$10,000 <input type="checkbox"/> US\$25,000 <input type="checkbox"/> No
<b>Sumas Aseguradas:</b> <input type="checkbox"/> US\$1,000,000 <input type="checkbox"/> US\$2,000,000 <input type="checkbox"/> US\$1,500,000	<b>Seguro de Fallecimiento Accidental:</b> <input type="checkbox"/> US\$10,000 <input type="checkbox"/> US\$25,000 <input type="checkbox"/> No
<b>Deducibles:</b> <input type="checkbox"/> US\$1,000 <input type="checkbox"/> US\$2,000 <input type="checkbox"/> US\$3,000 <input type="checkbox"/> US\$5,000 <input type="checkbox"/> US\$1,000	<b>Ambulancia Aérea Nacional:</b> <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							



**Beneficiarios del Titular**

Nombre completo	Cédula / Pasaporte	Parentesco	% Asignado

**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.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día/ Mes/ Año
Firma del Solicitante
Firma del Empleador

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

Canal:	<input type="checkbox"/> Canales Alternos	<input type="checkbox"/> Canales Tradicionales	Intermediario:
Ejecutivo Comercial:	Ejecutivo de Banco:	Oficina Comercial:	

**Para Uso Interno de Mapfre BHD/Seguros**

APROBADO
  DECLINADO
  APLAZADO

Exclusiones: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Fecha
 Firma Autorizada