

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL PLAN AMIGO

SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE					
Código de contratante	Número de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	Número de póliza	
			Día - Mes - Año		
A. DATOS GENERALES					
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO					
Agente		Código del agente			
II. DATOS DEL CONTRATANTE					
DATOS PERSONA NATURAL					
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	1. Segundo apellido		
Tipo de identificación	<input type="checkbox"/> Identidad	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Carné de residencia		
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
		Día - Mes - Año			
Estado civil	S C D V UL	Género	Masculino	Femenino	
Nacionalidad (es)	Profesión, oficio u ocupación		Estatura (mts.)	Peso (lbs.)	
1					
2					
Nombre del cónyuge (completo)					
Móvil		Móvil _ 2			
Correo electrónico					
Correo electrónico _ 2					
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Fecha de ingreso		
			Día - Mes - Año		
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente					
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 22	De 22- 50	De 50 en adelante
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si	No	
Dirección de residencia del contratante / Asegurado					
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia		
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia		
Dirección laboral del contratante / Asegurado					
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia		
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa		
Correo electrónico					
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA					
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta	Día - Mes - Año al medio día	

IV. MONEDAMoneda en que se emitirá la póliza: Lempiras Dólares estadounidenses**V. PAGO DE INDEMNIZACIÓN**

En caso de pago por reclamación amparada por el contrato de seguro, sírvase completar la siguiente información:

Institución Financiera		Tipo de Cuenta	Cheque	Ahorro
------------------------	--	----------------	--------	--------

Número de Cuenta	
------------------	--

Cualquier beneficio que corresponde a un menor de edad, se entregará a

Nombre completo	Identidad
-----------------	-----------

VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS

¿Tiene otros seguros con la compañía?	¿Qué tipo de seguro?
---------------------------------------	----------------------

SI NO	
-------	--

¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?	¿Qué tipo de seguro?
--	----------------------

VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA

Dirección de residencia del contratante / asegurado	Dirección laboral del contratante / asegurado electrónico	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica	Correo
---	---	--	--------

B. DATOS DEL RIESGO

Cubre los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en que incurra el Asegurado como parte de los beneficios contratados, como honorarios médicos, hospitalizaciones, consultas, medicamentos y similares.

Plan	
------	--

Deducible	
-----------	--

Máximo vitalicio	
------------------	--

Suma asegurado Maternidad	
---------------------------	--

Beneficiarios designados en caso de muerte:

Nombre	Parentesco	Porcentaje

Beneficiarios contingentes:

Nombre	Parentesco	Porcentaje

1. Favor indicar los seguros que actualmente se encuentran en vigor y en el caso de Salud los seguros médicos durante los últimos cinco años.

Compañía	Vida	Suma Asegurada	Médico	Máximo Vitalicio	Nombre del Plan

2. ¿Reemplazaría el Seguro solicitado alguno referido en el punto anterior?					

3. Por favor complete la siguiente información de cada persona considerada en el Seguro Médico.

Número	Nombre de la persona	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F
1. Solicitante				
2. Cónyuge				
3. Hijo 1				
4. Hijo 2				
5. Hijo 3				
6. Hijo 4				

4. ¿Le han rechazado o aplazado alguna cobertura médica o de vida a Ud. , a su cónyuge ó alguno de sus dependientes en los últimos 12 meses?

En caso de ser afirmativo, describir el motivo.

5. ¿Participa Ud., Su cónyuge o alguno de sus dependientes en algún deporte o pasatiempo que sea de naturaleza peligrosa?

En caso de ser afirmativo, detallar.

6. Historia familiar (Para ser llenada por el solicitante)

Parentesco	Edad actual	Estado de salud actual	Edad al morir	Causa de muerte	Tiempo que padeció de la enfermedad
Padre					
Madre					
Hermano 1					
Hermano 2					
Hermano 3					
Cónyuge					

7. Historia familiar (Para ser llenado por el cónyuge)

Parentesco	Edad actual	Estado de salud actual	Edad al morir	Causa de muerte	Tiempo que padeció de la enfermedad
Padre					
Madre					
Hermano 1					
Hermano 2					
Hermano 3					
Cónyuge					

8. Lista de Padecimientos y/o Enfermedades

1. Infarto	4. Enf. Del Corazón	7. Congénitos	10. Pulmonares	13. Úlcera Gástrica
2. Diabetes	5. Renales	8. Hipertensión	11. Obesidad	14. Enf. De la Sangre
3. Cáncer	6. Mentales	9. Reumáticas	12. Hepatitis	15. Vasculares-Cerebrales

9. Indique que enfermedades o padecimientos de la lista anterior se han presentado en los siguientes familiares (anote el número correspondiente)

Del solicitante		Edad que inició el padecimiento		Del cónyuge		Edad que inició el padecimiento	
Padre							
Madre							
Hermanos							
Tíos en 1er. Grado							
5. Hijo 3							
6. Hijo 4							
10. Información médica							
Descripción		Solicitante	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4
1. Peso (Kgs.)							
2. Estatura (Mtrs.)							
3. Tipo de Sangre							
4. Reacciones alérgicas o alergias							
5. Indique en Kg si ha aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses		Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución	Aumento Disminución
6. Actualmente ¿Ingiere bebidas alcohólicas?		Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Claves de frecuencia: D=Diaria; S=Semanal; M= Mensual		Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad
		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
7. Actualmente ¿Usa drogas o estimulantes?		Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
		Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad	Clase _____ Cantidad
		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
8. ¿Actualmente Fuma?		Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Cuanto tiempo tiene de fumar _____		cigarrillos puro	cigarrillos puro	cigarrillos puro	cigarrillos puro	cigarrillos puro	cigarrillos puro
Si dejó de fumar;		pipa	pipa	pipa	pipa	pipa	pipa
¿Desde cuando?		Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
¿Porqué?		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos, tratamientos o cirugías?							
		Si	No	Si	No	Si	No
9. Afecciones o alteraciones auditivas o visuales.		-	☐	-	☐		┘
10. Infecciones como malaria, difteria, escarlatina u otras.		┘	┘	┘	┘	┘	┘
11. Trastornos estomacales, intestinales, hemorroides u otros.		┘		┘	┘	┘	┘
12. Trastornos del Hígado, Bazo, páncreas, vesículas u otros.		-		-	┘	-	┘

13. Problemas del Corazón, sistema circulatorio, angina de pecho, embolia, trombosis, presión arterial elevada, defecto cardíaco, infarto, de las venas o arterias u otros.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
14. Enfermedades pulmonares, asma, bronquitis, tos crónica, cuerdas vocales, tuberculosis, sinusitis u otras.		┘		—		┘						
15. Transtornos endocrinológicos, de la tiroides, vicio, colesterol elevado, diabetes, gota (ácido úric), u otros.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
16. Desórdenes sanguíneo, anemia, leucemia, hemorragias frecuentes, moretones espontáneos u otros.		┘	┘	┘	┘	┘			┘	┘		
17. Transtornos musculoesqueléticos, de la columna vertebral, artritis lumbago, osteoporosis u otros.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
18. Desórdenes en los riñones, vías urinarias, vejiga, sangre en la orina, arenilla en la orina, piedras o litiasis renal, u otro desorden.	┘	┘	—	┘	┘	—	—	—	—	┘	┘	—
19. Enfermedades del pene, testículos, próstata.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
20. Transtornos mentales o nerviosos, epilepsia, convulsiones, desmayos, parálisis, migraña, desórdenes psiquiátricos u otros.	—	—	┘	┘	—	┘	—	—	┘	—	┘	—
21. Cáncer, abscesos o tumores.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
22. Enfermedades de la piel, dermatitis, eczema u otras.	—	—	┘	┘	—	┘	┘	—	┘	┘	—	—
23. Enfermedades transmitidas sexualmente, gonorrea, sífilis, clamidia u otras.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

24. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA o su complejo.	-	☐	-	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-	-
25. ¿Se ha examinado para detectar el HIV? ¿Cuándo? anexe resultados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Poliomielitis.	-	-	-	☐	☐	-	☐	☐	-	☐	-	☐
27. Síndrome de DOWN.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. ¿Cualquier otra enfermedad, lesión o accidente, con lesiones no mencionado anteriormente?	☐	-	-	-	☐	☐	☐	☐	☐	☐	-	-
29. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? ¿Cuándo? (dd/mm/aa) tipo de cirugía	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. ¿Ha estado internado en algún hospital o clínica para diagnósticos o tratamientos? ¿Cuándo? Motivo	-	☐	☐	-	☐	-	☐	-	-	☐	-	☐
31. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? ¿Cuál?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico? ¿Cuál?	☐	-	☐	☐	-	☐	☐	☐	-	☐	-	☐
33. ¿Ha consultado médicos en los últimos 24 meses? Motivo de la consulta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. ¿Ha estado hospitalizado o incapacitado totalmente en los últimos 12 meses? Motivo	-	☐	☐	☐	-	☐	☐	-	-	☐	☐	-
35. ¿Se le ha aplicado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos cinco años? Motivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. ¿Se le han hecho análisis de laboratorios, radiografías o electrocardiogramas? ¿Cuándo? Motivo	-	☐	☐	☐	☐	☐	-	-	☐	☐	☐	☐

37. ¿Se le ha practicado estudios del tipo check-up? Indique el resultado y anexe copia del mismo.	<input type="checkbox"/>											
38. ¿Le falta algún miembro orgánico o parte de él? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
39. ¿Esta falta de órgano fue por accidente, enfermedad, nacimiento o lo dio en donación?	<input type="checkbox"/>											
40. ¿Ha donado o le donaron algún órgano? ¿Cuál? ¿El órgano donado fue a/de un familiar? ¿El órgano donado fue a/de un extraño?	<input type="checkbox"/>											
41. ¿Tiene alguna deformación física? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
42. ¿Padece de algún problema congénito? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
43. ¿Presentó alguna reclamación en las dos últimas vigencias inmediatas anteriores? En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/>											
44. ¿Fue enfermedades o lesión?	<input type="checkbox"/>											
Preguntas Adicionales para Mujeres												
45. ¿Está usted embarazada? Indique semanas de embarazo.												
46. ¿Padece o ha padecido trastornos menstruales, de las mamas, órganos femeninos?												
47. ¿Se ha practicado la operación Cesárea?												
48. ¿Ha presentado partos prematuros o abortos?												

49. ¿Se le ha hecho algún exámen de ultrasonido, mamografía, pruebas especiales, laparoscopia ginecológica? De los detalles.

50. ¿Fecha de último examen Papanicolau?
Resultado.

Preguntas Adicionales para Niños hasta los 2 años de edad.

51. ¿Presentó algún tipo de padecimiento médico al nacimiento?

52. ¿Nació Prematuramente?

Información de los doctores personales

Nombre	Dirección completa	Telefono, fax, correo electrónico

Si ha respondido "SI" a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido de algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud, favor especificar nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o medicamentos recomendados, fecha, nombre del médico, hospital en donde se atendió y su estado actual.

Número de pregunta	Nombre de la persona	Condición, Lesión, Síntoma de mala salud o resultado del exámen. Si practicó una operación indicar tipo de operación	Fecha Ocurrido	Médico Tratante y Hospital	Estado Actual

II.PRIMAS

Seguro de vida	
Seguro de salud	
Subtotal prima	
Gastos de Emisión	
Prima Anual Total de Seguro	

III.FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado TC Debito Automatico Efectivo Cheque Financiamiento

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

C. DECLARACION Y ACEPTACION DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mí de acuerdo con mi leal saber y entender, y la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitada. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.
7. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.
8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del Asegurado

Firma del agente