

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO INDIVIDUAL DE SALUD Y VIDA

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

Por la presente solicito a MAPFRE SEGUROS HONDURAS, S.A., Me sea extendida una Póliza de Seguro de: Salud , Salud y Vida

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de Casada
Fecha y Lugar de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Tipo de Identificación:	Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residencia <input type="radio"/>
Estado Civil	S <input type="radio"/> C <input type="radio"/> V <input type="radio"/>	Nombre del Cónyuge	
Dirección Completa de Residencia			
Ciudad	Correo Electrónico	Teléfono	Fax: Sitio Web:
Nombre del Negocio (si aplica)	Giro o actividad del Negocio (si aplica)		
Profesión u Ocupación	Salario Mensual L.	Otros Ingresos L.	
Nombre de la Empresa donde labora	Posición o cargo que desempeña		
Dirección completa de la Empresa donde labora			
Teléfono del Trabajo	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Antigüedad en su Trabajo			
Especifique detalladamente su fuente de Ingresos			
Enviar Correspondencia a: Dirección Residencia <input type="radio"/> Dirección Trabajo <input type="radio"/>			

II. SEGURO DE VIDA

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE				
No.	NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	%
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA				
No.	NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	%
1.				
2.				
3.				

III. COBERTURA SOLICITADA

<p style="text-align: center;">SEGURO DE SALUD</p> <p>Plan _____</p> <p>Deducible _____</p> <p>Max. Vitalicio _____</p>	<p style="text-align: center;">SEGURO DE VIDA</p> <p>Suma Asegurada _____</p>	<p style="text-align: center;">PRIMA</p> <p>Seguro de Vida _____</p> <p>Seguro de Salud _____</p> <p>Gastos de Emisión _____</p> <p>Total _____</p> <p style="text-align: center;">FORMA DE PAGO</p> <p>4 PAGOS CONSECUTIVOS <input type="radio"/></p> <p>TRIMESTRAL <input type="radio"/></p> <p>SEMESTRAL <input type="radio"/></p> <p>ANUAL <input type="radio"/></p>
<p>MATERNIDAD: Amparada <input type="radio"/> No Amparada <input type="radio"/></p>		

8.	¿Actualmente Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto tiempo tiene de fumar _____ Si dejo de fumar _____ ¿Desde cuando? _____ ¿Porqué? _____	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad _____ Frecuencia _____
	¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos, tratamientos o cirugías?	Responda con si o 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.	Trastornos endocrinológicos, de la tiroides, vicio, colesterol elevado, diabetes, gota (ácido úrico), u otros.						
16.	Desórdenes sanguíneo, anemia, leucemia, hemorragias frecuentes, moretones espontáneos u otros.						
17.	Trastornos 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.	Trastornos 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.						
38.	¿Le falta algún miembro orgánico o parte de él? ¿Cuál?						
39.	¿Esta falta de órgano fue por accidente, enfermedad, nacimiento o lo dio en donación?						
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?						
41.	¿Tiene alguna deformación física? ¿Cuál?						
42.	¿Padece de algún problema congénito? ¿Cuál?						
43.	¿Presentó alguna reclamación en las dos últimas vigencias inmediatas anteriores? En caso afirmativo:						
44.	¿Fue enfermedades o lesión?						
	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 examen de ultrasonido, mamografía, pruebas especiales, laparoscopia ginecológica? De los detalles						

50.	¿Fecha de último examen Papanicolaou?	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			DIRECCION COMPLETA		TELEFONO, FAX, E-MAIL	
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.						
Pregunta No.	Nombre de la Persona	Condición, Lesión, Síntoma de mala salud o resultado del examen. Si practicó una operación indicar tipo de operación	Fecha Ocurrido	Médico Tratante y Hospital	Estado Actual	

PARA SER COMPLETADO POR EL CORREDOR (si lo hubiere)

- ¿Cuánto hace que conoce al solicitante del seguro? _____
 - ¿Le consta que su cliente contestó y firmó esta solicitud de seguros? Si No
 - ¿Recomienda Usted a su cliente por su moralidad y reputación? Si No
 - ¿Conoce algún hecho en contradicciones con las respuestas del Solicitante? Si No
 - De detalles: _____
- Firma del Corredor: _____ Código: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Importante:

Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, Clínica, IHSS, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de servicios médicos, o asegurador o empleador y tenedores de la póliza que tengan datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a **MAPFRE** o a sus representantes autorizados esta información, la cual debe incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o de alcohol. También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica, sobre mi o mis dependientes a dar información a **MAPFRE** o a sus representantes autorizados. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original.

Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que reciba y acepte en mi nombre cualquier información, solicitud de información o notificación por parte de **MAPFRE** al igual que la póliza efectiva. Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor a Aseguradora Hondureña Mundial, S. A. con relación a esta póliza se entenderá que la hace en mi nombre y representación para todos los efectos legales.

Certificación: Certifico que las respuestas y declaraciones en toda esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión de información, error, inexactitud o reticencia de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza, acepto las penalidades que se establezcan de esta materia, en la póliza, cómo, lo es la negación del reclamo y la cancelación de la póliza emitida sin prejuicios para La Aseguradora.

“Este documento solo constituye una Solicitud de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la compañía, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de esta solicitud”.

Se adjunta a esta solicitud el condicionado general completo del Seguro Médico por el cual se aplica. El cual debe ser presentado con la presente solicitud debidamente firmado.

Facilitamos el Pago de sus Pólizas

Ponemos a su disposición las mejores opciones para el pago de sus primas, de forma que garantice la cobertura de sus pólizas, mediante:

1. Cargo Automático a Tarjeta de Crédito. Pague sus primas mediante Cargo a su tarjeta, o de acuerdo a la forma de pago contratada en la póliza, trabajamos con todas las tarjetas del mercado, elija la de su conveniencia:



2. Extra financiamiento. Si eres tarjetahabiente de Credomatic o Banco Promerica, paga tus primas con 0% de intereses, con plazos hasta de 12 meses.



Completa el Formulario de Autorización para el pago mediante Tarjeta de Crédito y acumula puntos de acuerdo a los programas vigentes con su proveedor de tarjetas.

Firma del Solicitante o Titular

Firma del Cónyuge

Lugar y Fecha

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 1 MES