

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Sección A - Datos Generales para ser completado por el Empleado

<input type="checkbox"/> Solamente Seguro de Vida		<input type="checkbox"/> Seguro de Vida y Gastos Médicos	
<input type="checkbox"/> Inclusión solo para Asegurado Principal		<input type="checkbox"/> Inclusión para Asegurado Principal y Dependientes	
<input type="checkbox"/> Inclusión solo para Dependientes			
Nombre del Contratante		No. de Póliza	Opción Seleccionada por el Asegurado
Fecha de ingreso a laborar en la empresa contratante			
Nombre Completo del Asegurado Principal		No. Identidad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Tipo de identificación	Edad
Fecha de Nacimiento (Día - Mes - Año)		Lugar de Nacimiento Ciudad:	
		Municipio:	Depto. País:
Profesión, ocupación u oficio		Estado Civil	Ingreso Mensual
		Nombre del Cónyuge	
Peso: lbs _____	Estatura: _____	Médico de Cabecera (El que usualmente consulta)	
Kilos: _____	Mts. _____		
Dirección completa de residencia		Teléfono: Residencia: _____ Oficina: _____ Celular: _____	
		E-mail: _____ Fax _____	
Empresa donde trabaja	Área	Cargo	Tiempo de Laborar
Dirección Laboral: Municipio	Departamento	País	Teléfono Fax Correo Electrónico

Sección B - Dependientes que desea incluir en el Seguro Médico

Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento	Edad	N° de Identidad

Sección C - Cuestionario de Salud del Asegurado Principal y sus Dependientes

¿Ha tenido alguna vez usted o algún dependiente nombrado alguna (s) condición (es), signo (s) o síntoma (s) manifestado (s) y/o evidente(s) que aun no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

(Marque con una X en la casilla correspondiente)

Preguntas	Si	No	Nombre de la Persona para quien es afirmativa la respuesta
1. Padecimientos Cerebro vasculares incluyendo Ictus, Tumores Cerebrales, migraña, dolores de cabeza, embolia, traumas y otros.			
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas y otros.			
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial, angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados, colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, flebitis, alteraciones vasculares, soplos y otros.			
4. Padecimientos de la vista o de los oídos.			
5. Padecimientos del sistema respiratorio incluyendo asma, EPOC, enfisema, bronquitis crónica, hiperactividad bronquial y otros.			
6. Sistema digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros.			
7. Padecimientos del Sistema Urinario, litiasis, tumores de vejiga, pielo nefritis, hidronefrosis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria con glucosa en orina.			
8. Padecimientos de los órganos reproductores masculinos o femeninos incluyendo endometriosis, miomatosis, citología con alteración y otros.			
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados y trastornos de la coagulación.			
10. Trastornos endocrinos como diabetes y/o hiperglicemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y otros.			
11. Trastornos de la piel y Colagenos como Lupus, Dermatitis Psoriasis, fiebre reumática.			
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, y otros			

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 60 DIAS

Preguntas	Si	No	Nombre de la Persona para quien es afirmativa la respuesta
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cáncer.			
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas.			
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago, tumores y otros.			
16. Le han realizado a usted o sus dependientes algún examen especial de laboratorio, ultrasonido, mamografía, laparoscopia u otro?			
17. Ha estado usted o sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?			
18. Esta usted o alguno de sus dependientes nombrados embarazada actualmente?			
19. Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados transfusiones de sangre?			
20. Practica usted o alguno de sus dependientes algún tipo de deporte profesional o amateur?			
21. Usted o alguno de sus dependientes ha sido sometido a cirugías, radioterapia, quimioterapia?			
22. Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de Glándula Mamaria, galactorrea, mastitis, quiste, tumores, gigantomastia y otros?			
23. Se le ha aconsejado a usted o alguno de sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento pero usted decidió no hacerla?			
24. Ha habido para usted o sus dependientes alguna condición médica, signo, síntoma o accidente que no se haya mencionado en este cuestionario?			

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 y hospital en donde se atendió:

#?	Nombre	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Médico u Hospital

Alguna vez alguna compañía de Seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o alguno de sus dependientes? **SI** _____ **NO** _____

Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio médico de alguna compañía de seguros? **SI** _____ **NO** _____

¿Tiene o ha tenido usted o alguno de los dependientes nombrados alguno de los siguientes seguros?					
Tipo de Seguro	SI	NO	Nombre del Asegurado	Aseguradora	Número de Póliza
• Salud					
• Vida					
• Accidentes Personales					

Sección D - Designación de Beneficiarios (Aplica solo para el Beneficio de Vida) Suma Asegurada Lps.

Nombre completo del Beneficiario Principal	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

Nombre completo del Beneficiario de Contingencia	No. de Identidad	Parentesco	Porcentaje %

Queda entendido y convenido que el presente seguro no será efectivo hasta que sea aprobado y emitido por MAPFRE HONDURAS así mismo el seguro no será efectivo si no me encuentro trabajando activamente en la fecha efectiva del convenio de afiliación de mi empleador. Si el plan de seguro es sobre la base de contribución, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario la prima correspondiente.

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 de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a MAPFRE HONDURAS o a sus representantes autorizados esta información, la cual puede 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 medica, sobre mí o mis dependientes a dar información a MAPFRE HONDURAS 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 HONDURAS al igual que la póliza efectiva. Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor de MAPFRE HONDURAS 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 o certificado, acepto las penalidades que se establezcan de esta materia, en la póliza, como, lo es la negación del reclamo y la cancelación de la póliza o certificado emitida sin prejuicios para MAPFRE HONDURAS.

Firma del Asegurado Principal	Fecha
Firma y Sello del Encargado de Seguros de la Empresa Contratante	Firma del corredor o Agente