

Vida 

 Médico Hospitalario 

Código: SPN-F.GTP-64

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_ Categoría del Empleado: \_\_\_\_\_

Máximo Vitalicio (Gastos Médicos): \_\_\_\_\_ Suma Asegurada (Vida): \_\_\_\_\_

 Seguro de Vida Opcional: Sí  No  Suma Asegurada Opcional: \_\_\_\_\_ (Pólizas que Aplique)

**Datos generales del asegurado:**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Cédula de identidad <input type="checkbox"/>	Carnet residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día Mes Año	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad:	Profesión u oficio:			
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Estatura en metros:	Peso en libras:			
Fuma: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos al día?	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con que frecuencia?	
Cargo que desempeña:	Departamento:	Fecha de ingreso a la compañía:		
Sueldo mensual:	Sucursal:	Número de afiliación al Seguro Social:		

**Datos del conyuge:**

Nombre:	
Empresa donde labora:	
Celular:	E-mail:

**Dirección del asegurado:**

País:	Departamento:	Ciudad / Municipio:		
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.:
Teléfono:	Celular:	E-mail:		

Beneficiarios del seguro de vida			
Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

Beneficiarios de contingencia			
-------------------------------	--	--	--

En caso de fallecimiento de el (los) beneficiario(s) anteriormente designado(s) nombro como beneficiario(s) de Contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

Dependientes economicos (cónyuge e hijos) para el Plan Médico Hospitalario y/o Dental (si aplica)				
Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso (Libras)	Estatura (Metros)

1- Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes, (Conteste Si o No con su puño y letra). Si la respuesta es afirmativa, especifique en la línea de la derecha el nombre de la persona a quien aplica.	Si o No	NOMBRE(S)
a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco, tensión arterial elevada o baja, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fístula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Meniere? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
h) ¿Enfermedades o defectos congénitos? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambios de coloración en los tejidos de la boca, vitíligo? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Cálculos renales? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
k) ¿Infecciones de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
l) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
m) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
n) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente; por ejemplo, enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2. a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o derivados de sangre? ¿Cuándo? ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Ha recibido algún tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
d) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3. a) ¿Ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra o un fisioterapeuta? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Ha sido tratado por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Ha recibido de otra compañía de seguros u otra institución alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
5. ¿Usa drogas catalogadas como estimulantes o narcóticos? ¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
<b>6. Para personas de sexo femenino:</b>		
a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Se demora su menstruación más de 35 días? ¿Cuanto dura su ciclo menstrual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
d) ¿Hace cuanto se practicó la última citología? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

**7. Antecedentes Covid-19:**

- a) ¿Ha tenido usted en los últimos 03 meses contacto epidemiológico con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19?   \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- b) ¿En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19?   \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- c) ¿En los últimos 03 meses ¿Por consejo médico ha estado auto-aislado con algunos síntomas?   \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- d) ¿Ha presentado usted manifestaciones clínicas características de COVID-19, como tos seca, fiebre, dificultad para respirar, dolor torácico, pérdida del gusto (ageusia) o pérdida del olfato (anosmia)?   \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- En caso de ser afirmativo, ¿Qué tratamiento recibió?
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
- e. ¿Actualmente, presenta usted alguna alteración física, signo o síntoma persistente posterior al padecimiento y tratamiento de COVID-19?   \_\_\_\_\_
- f. ¿Recibe usted algún tratamiento para el manejo de secuelas de COVID-19?   \_\_\_\_\_
- g. En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, ¿Se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales?   \_\_\_\_\_

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 1 a la 6, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuela?

**Muy importante para el solicitante (debe leerse antes de firmar)**

Se advierte que conforme al artículo 1141 y 1143 del código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto a los hechos que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones. 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: INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevandolos 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.

Autoriza a LA COMPAÑÍA, para que los documentos que acreditan la celebración de la póliza de Seguros, incluyendo las Condiciones Generales así como cualquier modificación realizada, pueden ser enviados al correo electrónico indicado en esta solicitud.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

Firma del solicitante