

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS
SOLICITUD DE SEGURO**



DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO **OPCION DE SEGURO:** Diamante Platino Plus Vital Básico

Nombre: _____
 1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Apellido de Casada _____
 Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 DPI No. _____ NIT: _____ Sexo: F M
 Estado Civil: Soltero Casado Otros Estatura _____ cms. Peso _____ Lbs. Correo Electrónico: _____
 Dirección particular: _____ Tel.: _____
 Descripción exacta de su ocupación y lugar de trabajo: _____

Nombre a sus familiares dependientes (en caso de solicitarles Cobertura de Gastos Médicos)

NOMBRES COMPLETOS	OCUPACIÓN	ESTATURA CMS.	PESO LBS.	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
				DÍA	MES	AÑO	
Cónyuge o Conviviente:							
Hijos:							

COBERTURA, SUMA ASEGURADA, PRIMA Y VIGENCIA

COBERTURA GASTOS MEDICOS	MAXIMO VITALICIO/ SUMA ASEGURADA ASEGURADO PRINCIPAL	PRIMA	FORMA DE PAGO	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE FIN DE VIGENCIA
COBERTURA GASTOS MEDICOS	MAXIMO VITALICIO/ SUMA ASEGURADA PARA DEPENDIENTES				

¿Ha tenido usted o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades o síntomas?

CUESTIONARIO DE SALUD	Propuesto Asegurado	Cónyuge e hijos	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1.- ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?			
2.- ¿Le fue diagnosticada o tratada alguna enfermedad en los últimos 12 meses?			
3.- ¿Tiene algún padecimiento o disminución de la vista u oído?			
4.- ¿Ha padecido o padece de enfermedades del corazón, angina de pecho, infartos al miocardio, cualquier otro trastorno del corazón, presión arterial, enfermedad vascular, cerebral o periférica?			
5.- ¿Padece o ha padecido de alteraciones de la glucosa o glicemia?			
6.- ¿Ganglios inflamados, fiebres de origen no determinado?			
7.- ¿Ha tenido pérdida del conocimiento, déficit neurológico de cualquier tipo, alteraciones de la conducta, cualquiera que haya sido su causa ó del sistema nervioso?			
8.- ¿Tiene historia de excreción de proteína anormal en orina, edema de origen renal, enfermedades crónicas del riñón, vejiga, próstata, hernia, trastorno urinario?			
9.- ¿Le ha sido diagnosticada presencia de algún tumor, nódulo o enfermedad maligna, trastornos de la piel, glándulas linfáticas, cáncer?			
10.- ¿Ha tenido o le han recomendado efectuar algún tipo de trasplante?			
11.- ¿Ha padecido de reumatismo, fiebre reumática, artritis, neuritis, ciática, trastornos de la columna vertebral?			
12.- ¿Tiene alguna deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas, lesiones en la cabeza?			
13.- ¿Está usando o ha usado barbitúricos, anfetaminas, drogas o narcóticos o cualquier otra droga incluyendo marihuana?			
14.- ¿Fuma actualmente o ha fumado cigarrillos de tabaco? – detalle cuantos cigarrillos al día o periodicidad			

CUESTIONARIO DE SALUD	Propuesto Asegurado	Cónyuge e hijos	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
15.- ¿Tiene o ha tenido cualquier otro padecimiento de alguna enfermedad que no haya sido mencionada con anterioridad? Proporcione detalles.			
16.- ¿Está tomando actualmente algún medicamento o le han prescrito tomar alguna medicina con regularidad? Proporcione detalles			
17.- APLICA A MUJERES UNICAMENTE:			
a.- ¿Ha tenido trastornos femeninos, de órganos reproductivos, de menstruación, de embarazo o problemas de senos?			
b.- ¿Cuándo se le practicó su último Papanicolaou?			
c. ¿Cuál fue el resultado?, ¿Realizó algún tratamiento al respecto?			
d. ¿Se encuentra actualmente embarazada? En caso afirmativo proporcione detalles – fecha del alumbramiento, complicaciones, etc.			
e.-¿Cuántos hijos ha tenido?, ¿Todos vivos?			

Si respondió afirmativamente, alguna de las preguntas anteriores, indicar detalles según se indica. Ampliar información en hoja separada si fuere necesario.

PREGUNTA No.	PERSONA AFECTADA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA	NOMBRE DEL MEDICO, DIRECCION, TELEFONO	HOSPITAL	DURACION DEL PADECIMIENTO

¿Posee otra póliza de seguro de Salud actualmente? _____ En caso afirmativo, indique el nombre de la Compañía de Seguros en donde se encuentra asegurado: _____

DECLARACIÓN

Queda entendido y convenido que:

La Aseguradora se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Por la presente designo como beneficiario a: _____ para percibir cualquier reclamo pendiente en el caso de mi fallecimiento.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo:

- A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí (y/o a mis dependientes), sin limitación alguna.
- A La Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora

DATOS DE PAGO

Forma de Pago: Anual: Mensual:
 Tipo de Pago: Efectivo: Cheque: Tarjeta de Crédito: Completar formulario correspondiente

Datos del pagador

Emitir factura a nombre de: _____ NIT: _____

Dirección: _____

Quedo enterado de que el contrato de seguro se perfeccionará desde el momento en que se reciba la aceptación de la Aseguradora.

Lugar y Fecha:

Firma del propuesto asegurado

Intermediario de Seguros Nombre: _____ Código No. _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número 125-2017 del 14 de febrero de 2017.