

Solicitud de Inscripción Seguro Individual



Fecha solicitud: ___/___/___

Por favor completar en letra legible

Plan		Inicio de vigencia		Póliza no.	
Datos generales del solicitante					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre		Apellido de casada		Estado Civil	
Cédula / Pasaporte		Fecha de Nacimiento		Edad	
Sexo (M / F)		País de Nacimiento		Nacionalidad	
País de Residencia		Ocupación		Estatura (mts / pies)	
Peso (kgs / lbs)		Dirección residencial		E-mail	
Teléfono		Celular		Empresa donde trabaja	
Dirección		Teléfono		Celular	
Es usted una persona políticamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cargo actual o anterior: _____					
Datos generales del contratante (sólo si es diferente al solicitante)					
Persona natural <input type="checkbox"/> Persona jurídica <input type="checkbox"/> (si es la persona jurídica debe completar el formulario Conoce a tu Cliente)					
Nombre		Cédula o Pasaporte / RUC		País de Residencia	
Celular		Dirección		E-mail	
Teléfono		Empresa donde trabaja		Dirección	
Teléfono					
Datos generales del pagador (sólo si es diferente al solicitante)					
Persona natural <input type="checkbox"/> Persona jurídica <input type="checkbox"/> (si es la persona jurídica debe completar el formulario Conoce a tu Cliente)					
Nombre		Cédula o Pasaporte / RUC		País de Residencia	
Celular		Dirección		E-mail	
Teléfono		Empresa donde trabaja		Dirección	
Teléfono					
Forma de pago (la tarjeta o cuenta de ACH deben estar a nombre del pagador)					
Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>		Transferencia electrónica ACH <input type="checkbox"/>		Pago voluntario <input type="checkbox"/>	
Llenar formulario ACH					
Tarjetahabiente			Banco		
Número de tarjeta: _____			Fecha de expiración		
Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Otro: _____			Mes		Año
Frecuencia de pago Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>			Los cargos automáticos serán realizados al inicio de cada periodo de vigencia, conforme la frecuencia de pago seleccionada.		
Autorización de pago de reclamaciones					
Nombre de la cuenta		Nombre del banco		Tipo de cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
No. de cuenta		E-mail para envío de liquidaciones			
Datos de los Dependientes					
1	Nombre		Fecha de nacimiento		Estatura (mts / pies)
	Parentesco		Cédula / Pasaporte		Peso (kgs / lbs)
2	Nombre		Fecha de nacimiento		Estatura (mts / Pies)
	Parentesco		Cédula / Pasaporte		Peso (kgs / lbs)
3	Nombre		Fecha de nacimiento		Estatura (mts / pies)
	Parentesco		Cédula / Pasaporte		Peso (kgs / lbs)
4	Nombre		Fecha de nacimiento		Estatura (mts / pies)
	Parentesco		Cédula / Pasaporte		Peso (kgs / lbs)
5	Nombre		Fecha de nacimiento		Estatura (mts / Pies)
	Parentesco		Cédula / Pasaporte		Peso (kgs / lbs)
Nacionalidad		Ocupación		Edad	
Sexo (M / F)					

Información adicional

a) Ha tenido usted o alguno de sus dependientes algún seguro similar al que esta solicitando? Sí No

Quién?	Qué seguro?	Con qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento

b) Usted o alguno de sus dependientes fuma, consume bebidas alcohólicas o drogas estupefacientes? Sí No

Quién?	Qué consume?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?

c) Practica usted o alguno de sus dependientes algún deporte o actividad que pueda ser considerada de alto riesgo? Sí No

Quién?	Qué actividad?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?

Declaración de salud del solicitante y los dependientes (favor ampliar su respuesta en el cuadro indicado)

- 1) Goza usted y todos sus dependientes de buena salud mental y física? Sí No
- 2) Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto congénito o adquirido evidente o no físicamente? Sí No
- 3) Se ha realizado usted o algún dependiente un examen, tratamiento o cirugía para cualquier afección médica? Sí No
- 4) Se ha realizado usted o algún dependiente un papanicolau? En dado caso indique quién, fecha y resultado Sí No
- 5) Se ha realizado usted o algún dependiente una mamografía, ultrasonido o prueba especial? En dado caso indique quién, fecha y resultado Sí No
- 6) Está usted o alguna dependiente embarazada? En dado caso indique quién y de cuántas semanas Sí No
- 7) Ha tenido usted o alguna dependiente una pérdida de embarazo? En dado caso indique quién y cuándo Sí No
- 8) Toma usted o algún dependiente medicamentos permanentes? En dado caso indique quién y qué medicamento Sí No
- 9) Ha recibido usted o algún dependiente transfusiones de sangre? En dado caso indique quién, cuándo y por qué Sí No
- 10) Ha sufrido usted o algún dependiente un accidente grave o intoxicaciones? En dado caso indique quién, cuándo y qué lesiones sufrió? Sí No
- 11) Es usted o algún dependiente piloto o tripulante en aviones privados o comerciales? En dado caso indique quién Sí No

Padece o ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna de las siguientes condiciones?

- 12) **Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, hemiplejía, apoplejía, polineuritis, convulsiones, desmayos, derrame isquémico, hemorragia cerebral, meningitis, neurastenia, parálisis, neurosis, insomnio, migraña, vertigo, mal de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, síndrome de Guillain Barré)** Sí No
- 13) **Trastornos mentales (psicosis, esquizofrenia, trastornos bipolares, ansiedad, trastornos alimenticios, fatiga crónica, abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, alcoholismo, depresiones)** Sí No
- 14) **Enfermedades del corazón y del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, hipertensión, trombosis, flebitis, fiebre reumática, infarto, síncope, defecto cardíaco o soplo al corazón, inflamación de pies o tobillos, edemas de miembros inferiores, venas varicosas, aneurismos, valvulopatías, arritmias)** Sí No
- 15) **Enfermedades de la sangre (anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, ganglios linfáticos, colesterol alto, deficiencia del factor II, V, VII, X y XII, deficiencia congénita de antitrombina III, púrpura trombocitopénica idiopática o trombótica, enfermedad de Von Willebrand, defectos de la función plaquetaria, triglicéridos altos)** Sí No
- 16) **Trastornos autoinmunes (anemia perniciosa, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, dermatomiositis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso o sistémico, síndrome de Sjogren, miastenia grave, bocio tirotóxico difuso, síndrome de Reiter, hemoglobinopatía, hepatitis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune)** Sí No
- 17) **Trastornos gastrointestinales (úlceras, cálculos biliares, reflujo gastroesofágico, vómitos de sangre, diverticulitis, gastritis, ictericia, hemorroides, fístula de recto, hernia hiatal, enfermedades del hígado o del páncreas, pólipos intestinales, colitis, intolerancia al gluten, enfermedad de Crohn)** Sí No
- 18) **Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, obesidad, bocio, hipofisis, hipertiroidismo, hipotiroidismo). De ser afirmativo para diabetes, indicar tipo de diabetes, fecha en que se diagnosticó, medicamentos y dosis o tratamiento que lleva** Sí No
- 19) **Enfermedades del sistema osteomuscular (lumbago, ciática, escoliosis, artritis, tendinitis, gota, osteoporosis, síndrome del tunel carpiano, espina bífida hernias discales)** Sí No
- 20) **Enfermedades del sistema respiratorio (asma, tos crónica, tuberculosis, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, neumonía, pleuresía, catarro persistente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ronquera crónica, sinusitis, alergias, fibrosis pulmonar)** Sí No
- 21) **Enfermedades del sistema genito-urinario (tumores o enfermedades de la próstata, insuficiencia renal crónica o aguda, cálculos renales, quistes de ovarios, enfermedades de la vejiga o la uretra, sangrado genital anormal, fibromas, displasias, cáncer uterino / cervix, endometriosis)** Sí No
- 22) **Enfermedades de transmisión sexual (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA-VIH), virus del papiloma humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, herpes genital, condilomas)** Sí No
- 23) **Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o boca (cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM), síndrome de Meniere pterigión)** Sí No
- 24) **Enfermedades o lesiones de la piel (Lunares que han crecido en corto tiempo, cambiado de color o que pican, vitiligo, cáncer en la piel)** Sí No
- 25) **Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, fiebres tifoideas, septicemias, malaria, ébola, chikungunya, zika)** Sí No
- 26) **Enfermedades o trastornos no citados anteriormente (hernias, cáncer, melanoma, sarcoma de Kaposi, tumor de cualquier tipo, linfomas, quistes, deformidad o mutilación de algún miembro, diarrea persistente, fiebre de origen desconocido, pérdida inexplicable de peso, sudoración nocturna, enfermedad o defecto congénito, desnutrición, Síndrome de Down, patología de mama, cáncer de mama o cualquier otra condición médica, síntoma o signo que haya presentado o que presente actualmente)** Sí No

Información del corredor

Nombre o razón social

No. de licencia

Conoce personalmente al solicitante
contratante y/o pagador? Sí No

Cuánto hace que lo conoce?

Le consta que su cliente completó y firmó esta solicitud? Sí No Tiene usted conocimiento sobre alguna ocupación, actividad o condición médica del solicitante y/o de sus dependientes que pudiera afectar el riesgo y que no haya sido declarada en la solicitud? Sí No Especifique:

Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada correctamente según mi leal saber y entender, por lo que recomiendo al solicitante, contratante y/o pagador.

Firma del corredor

Fecha

Gerente

Fecha