

Solicitud de Inscripción Seguro Individual



Fecha solicitud: Día ___ /Mes ___ /Año ____

Por favor completar en letra legible

Plan		Inicio de vigencia		Póliza no.		
Datos generales del solicitante						
Nombres			Apellidos			
Apellido de casada		Estado Civil	Cédula / Pasaporte	Fecha de nacimiento: Día ___ /Mes ___ /Año ____	Edad	Sexo (M / F)
País de Nacimiento	Nacionalidad	País de Residencia	Ocupación	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)	
Dirección residencial		Provincia	Teléfono/celular	E-mail		
Empresa donde trabaja		Dirección			Teléfono	
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		Provincia	E-mail	Teléfono		
Empresa donde trabaja		Dirección			Teléfono	
Forma de pago (la tarjeta o cuenta de ACH debe estar a nombre del contratante)						
Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Llenar formulario TC		ACH <input type="checkbox"/> Llenar formulario ACH	Pago voluntario <input type="checkbox"/>			Los cargos automáticos serán realizados al inicio de cada periodo de vigencia, conforme la frecuencia de pago seleccionada.
Frecuencia de pago		Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	
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 Día ___ /Mes ___ /Año ____		Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Ocupación	Edad	Sexo (M / F)
2	Nombre		Fecha de nacimiento Día ___ /Mes ___ /Año ____		Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Ocupación	Edad	Sexo (M / F)
3	Nombre		Fecha de nacimiento Día ___ /Mes ___ /Año ____		Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Ocupación	Edad	Sexo (M / F)
4	Nombre		Fecha de nacimiento Día ___ /Mes ___ /Año ____		Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Ocupación	Edad	Sexo (M / F)
5	Nombre		Fecha de nacimiento Día ___ /Mes ___ /Año ____		Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Ocupación	Edad	Sexo (M / F)
6	Nombre		Fecha de nacimiento Día ___ /Mes ___ /Año ____		Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	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 o ha fumado, 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 _____ de cuántas semanas _____ Sí No
- 7) Ha tenido usted o alguna dependiente una pérdida de embarazo? En dado caso indique quién _____ cuándo _____ Sí No
- 8) Toma usted o algún dependiente medicamentos permanentes? En dado caso indique quién _____ qué medicamento _____ Sí No
- 9) Ha recibido usted o algún dependiente transfusiones de sangre? En dado caso indique quién, _____ cuándo _____ por qué _____ Sí No
- 10) Ha sufrido usted o algún dependiente un accidente grave o intoxicaciones? En dado caso indique quién, _____ cuándo _____ 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 usted personalmente al contratante?

Sí No

Cuánto hace que lo conoce?

Le consta que el solicitante 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 y/o contratante para el seguro solicitado.

Firma del corredor

Fecha

Gerente

Fecha