

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

<b>Solamente Seguro de Vida</b> <input type="radio"/>	<b>Seguro de Vida y Gasto Medico</b> <input type="radio"/>	<b>Inclusión solo para Asegurado Principal</b> <input type="radio"/>	<b>Inclusión para Asegurado Principal y Dependientes</b> <input type="radio"/>	<b>Inclusión solo para Dependientes</b> <input type="radio"/>
Nombre del Contratante:		No. Póliza	Opción Seleccionada por el contratante	
Nombre Completo del Asegurado Principal:				
Fecha de ingreso a laborar del Contratante		N. ID	Edad:	Genero:
Fecha de Nacimiento (Día-Mes –Año)		Lugar de Nacimiento		
Profesión , Ocupación u Oficio		Estado Civil	Ingreso Mensual	
		Nombre del Conyugue		
Peso en : Lbs _____ Kilos _____	Estatura: Mts _____	Médico de Cabecera(El que Usualmente Consulta) _____		
		Hospital o Clínica que lo Atiende _____		
Dirección Completa de Residencia		Teléfono Residencia _____	Oficina _____	Celular _____
		E. Mail _____ Fax _____		
Empresa donde Trabaja	Área:	Cargo:	Tiempo de Laborar:	
Dirección Labora:	País	Teléfono	Fax	Correo Electrónico

### SECCIONB- Dependientes que desea incluir en el Seguro Medico

Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento	Edad	N. de Identificación

### 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 síntomas(s) manifestado(s) y/o evidente(s) que aún no ha recibido atención médica. Ha padecido, ha informado de que he padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

Preguntas	SI	NO	Nombre de la persona para quien es afirmativa la Respuesta.
1.Padecimiento cerebro vascular incluyendo ictus, tumores cerebrales, migraña dolores de cabeza ,embolia, trauma y otros			
2.Padecimiento de cerebro o sistema nervioso incluyendo Depresión ,ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas entre otras			
3.Padecimineto Cardiovascular Incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial ,angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados ,colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, alteración vascular, soplos y otros			
4. Padecimiento de la vista u oídos			
5. Padecimiento 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.Padecimiento del sistema urinario, litiasis ,tumores de vejiga, píelo nefritis, hidronefrosis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria con glucosa en orina			
8.Padecimiento de los órganos reproductores masculino o femenino incluyendo endometriosis ,miomatosis, citología con alteración y otros			
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados, y trastornos de la circulación.			
10.Transtornos endocrinos como diabetes y/o hiperglicemia, hipotiroidismo, síndrome			
11.Trastorno de la piel o colágeno como Lupus, Dermatitis, Psoriasis, Fiebre Reumática			
12.Padecimeintos del sistema Musculo Esquelético incluyendo Artritis, osteoartritis y otros			
Preguntas	SI	NO	Nombre de la persona para quien es afirmativa la Respuesta.
13. Cualquier tipo de quiste, nódulo, tumores o cáncer.			
14.Problemas alcohólicos o drogas			

## SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

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 embarazados 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 cirugía, radioterapia o quimioterapia			
22. Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de glándula mamaria, galactorrea mastitis, quistes, tumores, gigastomastia, otros?			
23. Se le ha aconsejado a usted o alguno de sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento pero usted decidió no haría.			
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 salud no mencionado en esta solicitud, favor especificar nombre del paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento recomendados, fecha nombre del médico y hospital donde se atendió.

#	Nombre	Diagnostico	Tratamiento	Fecha	Médico o Hospital

¿Alguna vez alguna compañía de seguro 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 beneficio 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	Numero de Póliza
Salud					
Vida					
Accidentes Personales					

SECCION D. Designación de beneficiarios (aplica solo para el Beneficio de vida) suma Asegurada Lps.

Nombre Completo de Beneficiario Principal	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %
Nombre Completo de Beneficiario de Contingencia	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

Queda entendido y convenido que el presente seguro no será efectivo hasta que sea aprobado y emitido por ASEGURADORA RURAL así mismo no será efectivo si no me encuentro trabajando activamente en la fecha efectiva del convenio de afiliación de mi empleador. Si el plan del seguro es sobre la base de contribución, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario la prima. Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital o clínica, IHSS, ministerio de salud o cualquier otra institución gubernamental cualquier otro proveedor de servicios médicos o asegurado o empleados y tenedores de la póliza del grupo que tenga datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen o hospitalización a dar a, ASEGURADORA RURAL o a sus representantes autorizados esta información la cual puede incluir información sobre tratamientos psiquiátricos, tratamiento bajo el uso de drogas narcóticas o de alcohol también autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante no médica sobre mi o mis dependientes a dar información a ASEGURADORA RURAL o a sus representantes autorizados una fotocopia de esta autorización será tan válida como su original. Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y acepte en mi nombre cualquier información, solicitud de información o notificación por parte de ASEGURADORA RURAL al igual que la póliza efectiva cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor de ASEGURADORA RURAL con relación a esta póliza se entenderá que la hace en mi nombre o representación para todos los efectos legales. Certificación: Certifico que las respuestas o declaraciones en toda esta solicitud son verdaderas, están completas y no existe ninguna omisión de información, error, inexactitud de mi parte y de ser así, y de emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades que se establecen de esta materia en la póliza, como lo es, en la negación del reclamo y la cancelación de la póliza o certificado emitida sin perjuicio para ASEGURADORA RURAL.

Firma del Asegurado Principal	Fecha
Firma y sello del encargado de seguro de la empresa contratante	Firma del corredor o Agente