

# SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO COLECTIVO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. \_\_\_\_\_ de SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO COLECTIVO, emitida a nombre de \_\_\_\_\_ con R.T.N. \_\_\_\_\_ se solicita inscribir como asegurado a \_\_\_\_\_ quién ingresó el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ y con remuneración de \_\_\_\_\_ por mes. La suma asegurada correspondiente es \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada para Contratar

## I. DATOS DEL SEGURO

TIPO DE PLAN: NACIONAL  CENTROAMERICANO  MUNDIAL

## II. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
No. de RTN (Anexar Copia)		No. de Identificación (Anexar Copia)	Tipo de Identificación
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
			Carné de Residente <input type="checkbox"/>
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			

## III. ANTECEDENTES DE SALUD

A. Peso (en lbs.): \_\_\_\_\_ Estatura (en mts.): \_\_\_\_\_

B. ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

- |                             |   |                                      |   |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 1. Tumores o Cáncer         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Diabetes Mellitus                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedades del Corazón | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Enfermedades Pulmonares           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Infartos                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Derrame Cerebral                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Presión Arterial Alta    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Tiene Pendiente alguna Operación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Insuficiencia Renal      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. ¿Está bajo Tratamiento Médico?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. SIDA                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. Otras enfermedades               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedades Mentales    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                      |   |

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

NO. DE PREGUNTA	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

### PARA PERSONAS DE SEXO FEMENINO

¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_ ¿De cuántos meses? \_\_\_\_\_ Fecha probable del parto: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO / TITULAR DE LA PÓLIZA

ME ADHIERO A LA SOLICITUD BÁSICA Y PÓLIZA MÁESTRA DE SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO COLECTIVO CONTRATADO ENTRE LAS PARTES, EN CONSECUENCIA DOY MI PLENA CONFORMIDAD CON TODO LO ACTUADO ENTRE DICHAS PARTES CON RELACIÓN A DICHO SEGURO

NOMBRE COMPLETO TITULAR: \_\_\_\_\_ IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA COBERTURA FAMILIAR NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES QUE DESEA ASEGURAR

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SEXO	IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES**

	PREGUNTAS	SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1	¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad o sufrido alguna lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	¿Ha consultado o ha sido tratado por algún médico debido a su salud, condición física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	¿Está usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	En caso de ser mujer, ¿Tiene antecedentes obstétricos o enfermedades de los pechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>ALGUNA VEZ LE HAN PRACTICADO:</b>			
7	¿Electrocardiogramas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	¿Análisis o pruebas de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	¿Radiografías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:**

NO. DE PREGUNTA	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

**IV. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE**

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a Seguros Atlántida, S.A., cualquier información incluyendo copias de sus archivos, expediente del paciente, exámenes de laboratorio, ultrasonido y rayos x, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Aseguradora se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiera cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiere respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección, así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora.

Con la consecuente suspensión o pérdida, de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo, por este medio, aún en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_