

**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS**
**OPCIÓN DE SEGURO:**
**Diamante**
**Esmeralda**
**Plata**
**Estándar**
**DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

 DPI No. \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_ Sexo **F** **M**

 Estado Civil **Soltero** **Casado** **Otros** Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Dirección Particular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Descripción exacta de su ocupación y lugar de trabajo \_\_\_\_\_

**NOMBRE A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES (EN CASO DE SOLICITARLES COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS)**

PARENTESCO	NOMBRES COMPLETOS	OCUPACIÓN	ESTATURA CMS.	PESO LBS.	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
					DÍA	MES	AÑO	

**¿HA TENIDO USTED O SUS FAMILIARES DEPENDIENTES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SÍNTOMAS?**

<b>Cuestionario De Salud</b>	<b>Propuesto Asegurado</b>		<b>Cónyuge e Hijos</b>		<b>Nombre Completo de la Persona para la cual es afirmativa la respuesta</b>
<b>01</b> ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses?	Sí	No	Sí	No	
<b>02</b> ¿Le fue diagnosticada o tratada alguna enfermedad en los últimos 12 meses?	Sí	No	Sí	No	
<b>03</b> ¿Tiene algún padecimiento o disminución de la vista u oído?	Sí	No	Sí	No	
<b>04</b> ¿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?	Sí	No	Sí	No	
<b>05</b> ¿Padece o ha padecido de alteraciones de la glucosa o glicemia?	Sí	No	Sí	No	
<b>06</b> ¿Ganglios inflamados, fiebres de origen no determinado?	Sí	No	Sí	No	
<b>07</b> ¿Ha tenido pérdida del conocimiento, déficit neurológico de cualquier tipo, alteraciones de la conducta, cualquiera que haya sido su causa ó del sistema nervioso?	Sí	No	Sí	No	
<b>08</b> ¿Tiene historia de excreción de proteína anormal en orina, edema de origen renal, enfermedades crónicas del riñón, vejiga, próstata, hernia o trastorno urinario?	Sí	No	Sí	No	
<b>09</b> ¿Le ha sido diagnosticada la presencia de algún tumor, nódulo o enfermedad maligna, trastornos de la piel, glándulas linfáticas o cáncer?	Sí	No	Sí	No	
<b>10</b> ¿Ha tenido o le han recomendado efectuar algún tipo de trasplante?	Sí	No	Sí	No	
<b>11</b> ¿Ha padecido de reumatismo, fiebre reumática, artritis, neuritis, ciática, trastornos de la columna vertebral?	Sí	No	Sí	No	
<b>12</b> ¿Tiene alguna deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas, lesiones en la cabeza?	Sí	No	Sí	No	
<b>13</b> ¿Está usando o ha usado barbitúricos, anfetaminas, drogas o narcóticos o cualquier otra droga incluyendo marihuana?	Sí	No	Sí	No	
<b>14</b> ¿Fuma actualmente o ha fumado cigarrillos de tabaco? - detalle cuántos cigarrillos al día o periodicidad	Sí	No	Sí	No	
<b>15</b> ¿Tiene o ha tenido cualquier otro padecimiento de alguna enfermedad que no haya sido mencionada con anterioridad? (Proporcione detalles.)	Sí	No	Sí	No	

**¿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
	Sí	No	Sí	No	
<b>16</b> ¿Está tomando actualmente algún medicamento o le han prescrito tomar alguna medicina con regularidad. <i>(Detalles.)</i>	Sí	No	Sí	No	
<b>17</b> APLICA A MUJERES ÚNICAMENTE:					
<b>a.</b> ¿Ha tenido trastornos femeninos, de órganos reproductivos, de menstruación, de embarazo o problemas de senos?	Sí	No	Sí	No	
<b>b.</b> ¿Cuándo se le practicó su último Papanicolaou?	Sí	No	Sí	No	
<b>c.</b> ¿Cuál fue el resultado?, ¿ Realizó algún tratamiento al respecto?	Sí	No	Sí	No	
<b>d.</b> ¿Se encuentra actualmente embarazada? En caso afirmativo proporcione detalles como fecha del alumbramiento, complicaciones, etc.	Sí	No	Sí	No	
<b>e.</b> ¿ Cuántos hijos ha tenido? ¿ Todos vivos?	Sí	No	Sí	No	
<b>18.</b> ¿Ha sido hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos o ha requerido ventilación mecánica por COVID?	Sí	No	Sí	No	

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

PREGUNTA No.	PERSONA AFECTADA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA	NOMBRE DEL MÉDICO, DIRECCIÓN, TELÉFONO	HOSPITAL	DURACIÓN 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: \_\_\_\_\_ en el caso de mi fallecimiento.

**AUTORIZACIÓN MÉDICA**

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

1. 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 mi (y/o a mis dependientes), sin limitación alguna.
  2. 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.

**Para más información ingresa a nuestra página web  
escaneando el código QR**

