

**SOLICITUD DE SEGURO PARA GASTOS POR SERVICIOS DE ATENCION MÉDICA Y HOSPITALARIA**  
 (FORMATO DE CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL)

**DATOS PERSONALES** (Favor completar la información requerida con letra clara)

Plan escogido:		Certificado Nuevo <input type="checkbox"/>	Adición de dependientes <input type="checkbox"/>	
Nombre del contratante o Grupo:		No. Póliza:		
Nombre completo del Asegurado Principal:		No. Cédula /Cédula de Residencia/ Pasaporte:		
Fecha de Nacimiento (día-mes-año):	Nacionalidad:		Años de residir en el país:	
Peso (en libras):	Estatura (en pies y pulgadas):	Estado Civil:	Ingreso Mensual:	Teléfono Oficina/Residencia:
Dirección de Residencia:		Fecha de Ingreso a la Empresa:	Ocupación:	No. de RUC:
Médico de cabecera (el que habitualmente consulta):		Especialidad:		
Nombre del cónyuge o compañero (a):		Fecha de Nacimiento:	Cédula del cónyuge:	

**DEPENDIENTES QUE DESEA INCLUIR** (Hijos(as) mayores de 20 a 24 años deben mostrar evidencias de ser estudiantes a tiempo completo.)

No.	Nombre completo	Doc. de Identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso	Estatura	Médico de Cabecera/ Especialidad
1							
2							
3							
4							

**CUESTIONARIO DE SALUD**

Alguna vez usted o algún dependiente nombrado ha tenido alguna (s) condición (es), signo (s) o síntoma (s) manifestados y/o evidentes que aún no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones de salud.

**Marque con una X su respuesta**

LISTA DE PADECIMIENTOS		SI	NO
1.	Padecimientos Cerebro vasculares incluyendo migraña, dolores de cabeza, embolia y otros		
2.	Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia y otros		
3.	Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, angina de pecho, colesterol o triglicéridos		
4.	Padecimientos de la vista o de los oídos.		
5.	Padecimientos del Sistema Respiratorio incluyendo asma, hiperactividad bronquial y otros		
6.	Sistema Digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo gastroesofágico y otros		
7.	Padecimientos del sistema urinario		
8.	Padecimientos de los órganos reproductores masculinos o femeninos incluyendo endometriosis y otros		
9.	Padecimientos sanguíneos o trastornos de la coagulación		
10.	Diabetes en cualquiera de sus tipos y/o hiperglicemia		
11.	Padecimientos tiroideos y de la piel		
12.	Padecimientos del sistema músculo esquelético incluyendo artritis, osteoartritis y otros		
13.	Cualquier tipo de quiste, nódulos, tumores o cáncer		
14.	Es fumador de más de 20 cigarrillos al día ó problemas alcohólicos ó problemas de drogas		
15.	Problemas de la columna vertebral, incluyendo hernia discal, lumbago y otros		
16.	A usted o a sus dependientes se le ha realizado algún exámen especial de laboratorio, ultrasonido, mamografía o laparoscopia?		
17.	Ha estado usted o alguno de sus dependientes recluido en un hospital o institución similar?		

18. Esta usted o alguno de sus dependientes nombrados, embarazada actualmente?		
19. Ha recibido usted o alguno de sus dependientes nombrados, transfusiones de sangre?		
20. Práctica usted o alguno de sus dependientes nombrados, algún tipo de deporte profesional o amateur?		
21. Es fumador de más de 20 cigarrillos al día		
22. Hay o ha habido alguna condición médica, signo o síntoma o accidente que no se haya mencionado en este		

**Si ha respondido SI a cualquiera de las preguntas anteriores o ha padecido de algún trastorno de la salud no mencionado en esta solicitud.** Favor especificar detalles en la siguiente tabla.

No.	Nombre y Apellidos	Enfermedad o padecimiento	Tratamiento	Fecha de diagnóstico	Médico/Hospital en donde fue atendido ó es atendido.	Estado actual de salud
1						
2						
3						
4						

Alguna vez alguna Compañía de Seguros le ha denegado, aplazado o limitado un seguro de vida, de accidentes o de salud a usted o alguno de sus dependientes? **SI**  **NO** . En caso de ser afirmativo explique \_\_\_\_\_

Ha solicitado o recibido beneficios de hospitalización, incapacidad o algún otro tipo de beneficio médico de alguna compañía de seguros? **SI**  **NO** . En caso de ser afirmativo explique: \_\_\_\_\_

**¿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	No. De Póliza
SALUD					
VIDA					
ACCIDENTES PERSONALES					

Declaro que las respuestas arriba mencionadas, son claras, completas y verdaderas hasta donde llegan mis conocimientos y estoy entendido que cualquier declaración falsa, será motivo suficiente para anular o cancelar el proceso de trámite del seguro. Así mismo, autorizo, a cualquier médico, hospital, laboratorios, clínica (privada o pública), Compañía de Seguro u otra Institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información escrita solicitada por **MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.**, tanto durante mi vida como posterior a mi muerte, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del Arto: 8 de la 423 (LEY GENERAL DE SALUD). También relevo del secreto profesional a los laboratorios, clínicas u hospitales, a fin que puedan dar la información que solicite **MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.**, con mis nombres, apellidos e historial clínico en el caso de padecer en vida o haber fallecido por alguna o algunas enfermedades transmisibles y que estas a su vez, se encuentren amparadas bajo la Ley 238 (LEY DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS ANTE EL SIDA). Entiendo que la Compañía no asumirá ninguna responsabilidad, hasta que esta solicitud sea aprobada en documento escrito por un funcionario autorizado y que, además, se reserva el derecho de solicitar todas las evidencias que considere pertinentes y de rechazar la solicitud. Por todo lo anterior relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia auténtica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que **MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.**, pueda hacer una justa valoración de la solicitud del seguro y cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida y entregada la póliza.

**CONSENTIMIENTO DE ARBITRAJE**

¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiere de este contrato?  
**SI**  **NO**

Firma del Contratante:	Firma del Asegurado Principal:	Firma del dependiente:	Firma del dependiente:
Fecha:		Firma, Licencia y Sello del Corredor:	