

SOLICITUD DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN Y GASTOS MÉDICOS



Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada. DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL PERSONA JURÍDICA Nombre Completo: Fecha de Nacimiento F \square Género: M Día/ Mes/ Año/ R.U.C. / Cédula / Pasaporte: o Constituc<u>ión</u> País de Nacimiento o Constitución: Nacionalidad: País de Residencia: E-mail: Dirección Residencial: Celular: Estado civil: Tel. Residencia: Profesión/Actividad Económica: Ocupación Actual: Empresa donde Trabaja: Lugar (es) donde tributa: Tel. de Ofic: Corredor: Dirección del Cobro: COBERTURA Plan: Opción: Observación: Prima mensual: Asegurado Dependientes: Nota: Adjuntar cotización del plan DATOS DEL ASEGURADO Y LOS DEPENDIENTES A SER INCLUIDOS EN LA PÓLIZA Edad Nombres y Apellidos Cédula Fecha de Nacimiento Sexo Peso Estatura Nacionalidad **Parentesco** PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/.10,000.00 èEl total de las primas anuales que usted paga, son iguales o superan los B∕.10,000.00? PERFIL FINANCIERO DE PERSONA NATURAL Ingreso Anual Actividad Principal Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s) Menos de 10 mil USD anual De 10 mil a 30 mil USD anual Menos de 10 mil USD anual De 10 mil a 30 mil USD anual De 30 mil a 50 mil USD anual ☐ Más 50 mil USD anual De 30 mil a 50 mil USD anual Más 50 mil USD anual ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), o familiar, colaborador o persona de confianza de un PEP? Si 🗌 No En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. Si 🗌 No Identifique si usted ha sido objeto de investigación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción Declaro que todas mis actividades se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes: Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio: PERFIL FINANCIERO DE PERSONA JURÍDICA Ingreso Anual Actividad Principal Ingreso Anual por Actividad (es) Secundaria (s) ☐ De 250 mil a 1 millón USD anual ☐ Menos de 250 mil USD anual Menos de 250 mil USD anual De 250 mil a 1 milllón USD anual □ De 1 millón a 10 millones USD anual □ Más de 10 millones USD anual □ De 1 millón a 10 millones USD anual □ Más de 10 millones USD anual Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal, apoderado o la persona jurídica que representa, son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de capitales o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. _ Si 🗌 No 🗆 Indique si algún accionista, director, dignatario, representante legal o apoderado de la persona júridica es una persona expuesta Si 🗌 No 🗌 politicamente (PEP). En caso de afirmativo, indique cargo actual o anterior y si es familiar o colaborador. Declaración de Fuente y Origen de recursos de la Transacción Declaro que todas las actividades que ejerce la persona jurídica, se encuentran dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:

Por favor detalle Actividad Comercial o Negocio:

Cargo		Nombre				Cédula o Pasaporte	Nacionalidad	
Presidente								
Secretario								
Tesorero Otro Dianatario								
Otro Dignatario Director					_			
Director								
Director								
Representante Legal o								
Apoderado Registrado Acci	ionistas, beneficiarios	s v/o propietario	s real	es con	más de 1	0% de las acciones de la	 sociedad	
Nombre	,			nalidad		Cédula o Pasaporte	Porcentaje Accionario	
			aente	Resid	lente			
Nombre:			J			irección:		
DATOS DE COBRA	ANZA				FC	DRMA DE PAGO		
Responsable de pagos						to (hasta 10 pagos mens		Π
☐ Igual al contratante de la póli☐ Igual al asegurado de la póli☐						ers American Expres		
☐ El responsable del pago es di		Banco:	u			Fecha de expira	ción: (mm/aaaa)	
completar: Cédula / Pasaporte o RUC:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			norros o d	uenta corriente (hasta 1) pagos mensuales)	
		(adjuntar f						
Nombre completo:		c) Remesa (se	olo co	rredo	r autoriza	ıdo) 		
		·			n cantida	d de pagos establecidos	en el plan de negocios actual)	
Si el responsable de pago es distinto asegurado deberá completar un form		Cantidad de Un pago anu			_	pagos mensuales	Día de pago: Segun fecha de emisión de si	J
datos creación o actualización							póliza.	
Cuenta para pago de indemn Nombre titular de la cuenta:						Banco:		
Tipo de cuenta: Cuenta de ahorr	ros Cuenta co	orriente						,
Los beneficios cubiertos bajo esta	a póliza serán pagad	os al Asegurado	Princ	ipal. E	n caso de	tallecimiento del Asegur	ado Principal, cualquier indemni	zacion
	a póliza serán pagad	os al Asegurado	Princ o que	ipal. E corre	in caso de sponda e la o Pasa	n razón de esta póliza d	ado Principal, cualquier indemni e seguro, será pagadera a:	zacion
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en	a póliza serán pagad ución de prima o cua nfermedad o condició	os al Asegurado alquier otro pago on pre-existente s	o que se ent	ipal. E corre Cédu iende	sponda e la o Pasa que es cu	n razón de esta póliza d porte:alquier condición, enfern	e seguro, será pagadera a: uedad, lesión, síntoma, dolencia	zacion
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre:	a póliza serán pagado ución de prima o cua nfermedad o condició anifiesta o aparece p	os al Asegurado ulquier otro pago on pre-existente s oor primera vez,	o que se ent o se t	ipal. E corre: Cédu iende : rata m	sponda e la o Pasa que es cu nédicame	n razón de esta póliza d porte: alquier condición, enfern te antes de la fecha de e	e seguro, será pagadera a: uedad, lesión, síntoma, dolencia	zacion
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por em o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PREG	a póliza serán pagado ución de prima o cua nfermedad o condició anifiesta o aparece p declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE	os al Asegurado ulquier otro pagu- on pre-existente soor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF	se ent o se t ubiert	ipal. E corre: Cédu iende rata m as en TED Y	sponda e la o Pasa que es cu nédicamer ningún m CADA D	n razón de esta póliza d porte: alquier condición, enferm te antes de la fecha de e omento. EPENDIENTE A SER ASEG	e seguro, será pagadera a: ledad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES	zacion
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devoluno Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA	a póliza serán pagado ución de prima o cua nfermedad o condició nanifiesta o aparece p declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I L PERSONA(S) A QUIE	os al Asegurado ulquier otro pagu on pre-existente s oor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF NFORMACIÓN EN CORRESPON	se ent o se t ubiert RA US QUE	ipal. E corres Cédu iende rata m as en TED Y SE SO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamer ningún m CADA D LICITA EN	n razón de esta póliza d porte: alquier condición, enferm nte antes de la fecha de e omento. EPENDIENTE A SER ASEG LAS COLUMNAS QUE S	e seguro, será pagadera a: nedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por em o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRE AFIRMATIVA CIRCULE LA COND	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició nanifiesta o aparece p declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I L PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque	os al Asegurado ulquier otro pagu- on pre-existente s oor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF NFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trata	se ent o se t ubiert RA US QUE	ipal. E corre Cédu iende rata m as en TED Y SE SO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN	n razón de esta póliza d porte: alquier condición, enferm nte antes de la fecha de e omento. EPENDIENTE A SER ASEG LAS COLUMNAS QUE S	e seguro, será pagadera a: nedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devoluno Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenid	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició nanifiesta o aparece p declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I L PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque	os al Asegurado ulquier otro pagu- on pre-existente s oor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF NFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trata	se ent o se t ubiert RA US QUE	ipal. E corre Cédu iende rata m as en TED Y SE SO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: nedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devoluno Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenid	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició nanifiesta o aparece p declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I A PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al	os al Asegurado ulquier otro pagu- on pre-existente s oor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF NFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trata	se ent o se t ubiert RA US QUE DA ado), l	ipal. E corre: Cédu iende rata m as en TED Y SE SOI	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devoluno Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenia recibido tratamiento o le han prace	a póliza serán pagado ución de prima o cua nfermedad o condició canifiesta o aparece p declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I A PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al	os al Asegurado alquier otro page on pre-existente sor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF INFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trate aguna de las sigu	se ent o se t ubiert RA US QUE DA ado), I vientes	ipal. E corres Cédu iende rata m as en TED Y SE SO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han praesenta de la consultado a algún médica.	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al o? ¿Por qué?	os al Asegurado alquier otro paga on pre-existente sor primera vez, icitud no serán ces APLICAN PAFINFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trata de las sigua qué?	se ent o se t ubiert RA US QUE DA ado), I	ipal. E correct Cédu iende rata m as en TED Y SE SO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han praces. 1. ¿Ha consultado a algún médica.	a póliza serán pagado poción de prima o cua enfermedad o condición anifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al enfedico o físico? ¿Por epital o institución simiratamiento médico?	os al Asegurado alquier otro page on pre-existente s oor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF NFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trate guna de las sigu r qué? nilar? ¿Por qué?	se entro se trubiert RA US QUE DA ado), I vientes	ipal. E correct Cédu iende rata m as en TED Y SE SO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en conclusivo alteración de la salud que se mundo las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenia recibido tratamiento o le han pracesión de la consultado a algún médica 2. ¿Le han hecho algún examen roma de la conclusión de la co	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA I PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al por espital o institución siminatamiento médico? r qué?	os al Asegurado alquier otro paga on pre-existente s or primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF INFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trate lguna de las sigu r qué? àToma algún	se ent o se t ubiert RA US QUE DA udo), I vientes	ipal. E corre- corre- Cédu iende - rata m as en TED Y SE SO NO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han pracesión de la consultado a algún médica 2. èLe han hecho algún examen resultado en un hos 4. èEstá o ha estado bajo algún tra medicamento? Indique cuál y por 5. èTiene pendiente alguna ciru	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al correction o físico? ¿Por qué? médico o físico? ¿Por qué? r qué	os al Asegurado alquier otro page on pre-existente sor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAF INFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trate lguna de las sigu r qué? àToma algún do que debe amidia u otra	se entre o que entre o se transcription de la companya de la compa	ipal. E corre- corre- Cédu iende rata m as en TED Y SE SOI NO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONE ANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han prace. 1. à Ha consultado a algún médica. 2. à Le han hecho algún examen ra desta de la esta do bajo algún to medicamento? Indique cuál y por 5. à Tiene pendiente alguna ciru hacerse una? Explique à Por cuánt 6. Infecciones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defectiones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defectiones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defectiones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defectiva de la presión arterial alta o la presión	a póliza serán pagado cución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece padeclaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al core por espital o institución siminatamiento médico? In qué? In grada o le han indicado to tiempo? Il gonorrea, sífilis, cla enfermedad de los óra circulación, angina a coto cardíaco, enfermedad cual con	os al Asegurado alquier otro pago al pre-existente so por primera vez, icitud no serán ces APLICAN PAR INFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trateguna de las siguidades de la siguidade que debe amidia u otra ganos genitales. de pecho,	se ent o se t ubiert RA US QUE DA SI US I	ipal. E corre- corre- Cédu iende rata m as en TED Y SE SOI NO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se mulas condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han pracesión de la estado recluido en un hos de la estado recluido en	a póliza serán pagado cución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE LA INTERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al corrector en	os al Asegurado alquier otro paga al asegurado alquier otro paga al asegurado alquier otro paga al asegurado	o que co	ipal. E correction in a part of the condition in	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han pracesión de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAPIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han pracesión de la precibido tratamiento o la han pracesión estado bajo algún tenedicamento? Indique cuál y por 5. ÈTiene pendiente alguna circu hacerse una? Explique èPor cuánto de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia de 9. Enfermedad de los riñones (ner	a póliza serán pagado cución de prima o cua infermedad o condició conficienta o aparece padeclaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIB do síntomas (aunque cticado cirugía por al conficienta o físico? Por apital o institución simitatamiento médico? In qué? In garante de la conficienta de los órgos circulación, angina contra cardíaco, enfermeda de los órgos circulación, angina contra cardíaco, enfermeda, fiebre reumática.	os al Asegurado alquier otro pago al pre-existente son pre-existen	o que entre con que entre con que entre con que entre con control entre	ipal. E correction in a page s cond	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se mulas condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han pracesión de la estado recluido en un hos de la recipión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, de la vejiga o próstata.	a póliza serán pagado ución de prima o cua infermedad o condició tanifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE IN PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al correspital o institución simulatorio de la confermedad de los óras circulación, angina o ci	os al Asegurado alquier otro paga al asegurado alquier otro paga al asegurado alquier otro paga al asegurado	o que se entre con que	ipal. E correction in a pace of the condition in	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han pracesión de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAPIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenic recibido tratamiento o le han pracesión de la precibido tratamiento o la han pracesión estado bajo algún tenedicamento? Indique cuál y por 5. ÈTiene pendiente alguna circu hacerse una? Explique èPor cuánto de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia de 9. Enfermedad de los riñones (ner	a póliza serán pagado cución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece padeclaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al consecuencia de la consecuenci	os al Asegurado alquier otro page on pre-existente sor primera vez, icitud no serán c ES APLICAN PAI INFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trate guna de las sigu r qué? àToma algún do que debe amidia u otra ganos genitales. de pecho, adad en las gulación. es), problemas pazo, vesícula ecto, úlceras,	o que se entre con que	ipal. E correction in a pace of the condition in	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se m Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDE ANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han pracesidado tratamiento o le han pracesidado tratamiento o le han pracesidado tratamiento en la pracesidado tratamiento? Indique cuál y por 5. ¿Tiene pendiente alguna ciru hacerse una? Explique ¿Por cuánto de la presión arterial alta o baja, defectoras o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia en la vejiga o próstata. 10. Enfermedad de los riñones (ne de la vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato dia biliar, páncreas, estómago, intest hernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades de los pulmono tuberculosis, bronquitis crónica, o	a póliza serán pagado cución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIE do síntomas (aunque cticado cirugía por al corrector espital o institución simitatamiento médico? In qué? In gran o le han indicado to tiempo? Il gonorrea, sífilis, cla enfermedad de los óra circulación, angina a concentrata de la conce	os al Asegurado alquier otro pago al pre-existente son pre-existen	se ent voice ent	ipal. E corrections in a pace s cond	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se ma Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han pracesión de la salud que se ma circulado tratamiento o le han pracesión de la setado recluido en un hos de la setado recluido en un hos de la setado recluido en un hos de la setado la la guna circulado en la setado la la presión arterial alta o baja, defectorense una? Explique de la venas o arterias, infarto cardíaco, de la presión arterial alta o baja, defectorense o arterias, infarto cardíaco, de la vejiga o próstata. 10. Enfermedad de los riñones (ne de la vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato dispiliar, páncreas, estómago, intestibernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades de los pulmontuberculosis, bronquitis crónica, o alguna radiografía del tórax? 12. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones,	a póliza serán pagado ción de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece padeclaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIB do síntomas (aunque cticado cirugía por al composição de la constitución similar atamiento médico? In qué? In proposição de la constitución angina composição de la constitución angina composição confermedad de los óras circulación, angina composição confermedad de los óras circulación, angina composição confermedad de los óras circulación, angina composição confermedad de la constitución de la	os al Asegurado alquier otro pago al pre-existente son processor process	se ent vubiert RA US QUE DA ado), rientes	ipal. E corrections in a pace s cond NO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se mu Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han pracesión tratamiento en la procesión de la estado bajo algún tradicion de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, estado de la vejiga o próstata. 10. Enfermedad de los riñones (nede la vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato dis biliar, páncreas, estómago, intest hernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades de los pulmono tuberculosis, bronquitis crónica, o alguna radiografía del tórax?	a póliza serán pagado cución de prima o cua infermedad o condició canifiesta o aparece parece	os al Asegurado alquier otro pagra pre-existente se por primera vez, icitud no serán ces APLICAN PAR INFORMACIÓN POR CORRESPON no los haya trateguna de las siguidad en las de pecho, adad en las gulación. es), problemas por propera de por más de pecho, al certo, úlceras, o por más de pecho por más de pecho, a hecho esorden del dolores de pecho.	se ent vo se t ubiert RA US QUE DA rado), rientes	ipal. E corrections in a page scond NO	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se ma Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONE ANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han prace 1. è Le han hecho algún examen recibido tratamiento o le han prace 2. è Le han hecho algún examen recibido tratamiento? Indique cuál y por 5. è Tiene pendiente alguna ciru hacerse una? Explique è Por cuánto 6. Infecciones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia es 10. Enfermedad de los riñones (nede la vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato dia biliar, páncreas, estómago, intest hernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 12. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 13. Sufre o ha sufrido de alergias 13. Sufre o ha sufrido de alergias 14.	a póliza serán pagado cución de prima o cua fermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIB do síntomas (aunque cticado cirugía por al consecuencia de la consecuenci	os al Asegurado alquier otro pago on pre-existente so por primera vez, icitud no serán ces APLICAN PAF NFORMACIÓN TO CORRESPON no los haya trateguna de las siguidad que debe amidia u otra ganos genitales. de pecho, adad en las gulación. es), problemas pazo, vesícula recto, úlceras, o por más de ratorio, a hecho esorden del dolores de icamentos,	se ent o se t ubiert RA US QUE DA ado), I l l l l l l l l l l l l l l l l l l	ipal. E correir Cédu iende rata mas en TED Y SE SOI I a pace s' cond I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en alteración de la salud que se mu Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenia recibido tratamiento o le han pracesión de la estado bajo algún temedicamento? Indique cuál y por 5. èTiene pendiente alguna circu hacerse una? Explique èPor cuánto de Infecciones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia es pendientes, infarto cardíaco, 9. Enfermedad de los riñones (ne de la vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato disbiliar, páncreas, estómago, intest hernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 12. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 13. Sufre o ha sufrido de alergias alimentos o reacciones alérgicas. 14. Cualquier enfermedad de tiro. 15. Algún tipo de cáncer, absceso.	a póliza serán pagado cución de prima o cua cución de prima cución y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIB do síntomas (aunque cticado cirugía por al cución de prima cución de la coación de	os al Asegurado alquier otro pago al pre-existente so por primera vez, icitud no serán ces. APLICAN PAÍ INFORMACIÓN TO CORRESPON no los haya trateguna de las siguidad que debe amidia u otra ganos genitales. de pecho, adad en las gulación. es), problemas propositiones de cesto, úlceras, o por más de cesto de cesto, cesto de cest	o que se entre se ent	ipal. E corrections in a part of the conditions	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolunombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se mulas condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenia recibido tratamiento o le han pracesión de la estado bajo algún medicamento? Indique cuál y por 5. èTiene pendiente alguna cirun hacerse una? Explique èPor cuánto 6. Infecciones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defecto venas o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia es 10. Enfermedad de los riñones (ner de la vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato disbiliar, páncreas, estómago, intest hernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 12. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 13. Sufre o ha sufrido de alergias alimentos o reacciones alérgicas. 14. Cualquier enfermedad de tiros 15. Algún tipo de cáncer, absceso crecimiento o inflamación de los crecimiento o inflamación de los crecimiento o inflamación de defecto corecimiento de defecto corecimiento de la estado de la estado defecto corecimiento de la efecto corecimiento de la efecto corecimiento de la efecto de la efecto corecimiento de la efecto corecimiento de la efecto de la efecto corecimiento de la efecto de l	a póliza serán pagado cución de prima o cua fermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIB do síntomas (aunque cticado cirugía por al consecuencia de la consecuenci	os al Asegurado alquier otro paga en pre-existente so por primera vez, icitud no serán ces APLICAN PAÍ NFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trateguna de las siguidad que debe amidia u otra ganos genitales. de pecho, adad en las gulación. es), problemas es), problemas es), problemas es), problemas eso, vesícula recto, úlceras, o por más de ratorio, a hecho esorden del dolores de icamentos, es endocrinos. mia, leucemia, I uso de un	o que se entre con que se entre con que se entre con se tentre con se te	ipal. Ecorreic Cedu iende rata mas en TED Y SE SO In a paces condition i	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	
Los beneficios cubiertos bajo esta acumulada y no pagada, devolu Nombre: EXPLICACIÓN IMPORTANTE: Por en o alteración de la salud que se ma Las condiciones pre-existentes no RESPONDA LAS SIGUIENTES PRECAFIRMATIVA CIRCULE LA CONDANOTANDO EL NOMBRE DE LA A. Alguna vez en su vida ha tenio recibido tratamiento o le han pracesión de la stado bajo algún temedicamento? Indique cuál y por 5. ¿Tiene pendiente alguna ciru hacerse una? Explique ¿Por cuánt 6. Infecciones por contacto sexua enfermedad venérea o cualquier es 7. Enfermedad del corazón, de la presión arterial alta o baja, defectorenso o arterias, infarto cardíaco, 8. Diabetes, leucemia, hemofilia el vejiga o próstata. 10. Enfermedades del aparato digibilar, páncreas, estómago, intest hernias, colitis, ictericia, hemorro dos días consecutivos. 11. Enfermedades del sistema ne cerebro, desmayos, convulsiones, cabeza. 13. Sufre o ha sufrido de alergias alimentos o reacciones alérgicas. 14. Cualquier enfermedad de los carceimiento o inflamación de los estadores de la suficio de la receimiento o inflamación de los estadores de la concentra de la concen	a póliza serán pagado cución de prima o cua fermedad o condició canifiesta o aparece per declaradas en la soli GUNTAS, LAS CUALE DICIÓN Y LLENE LA IN PERSONA(S) A QUIB do síntomas (aunque cticado cirugía por al consecuencia de la consecuenci	os al Asegurado alquier otro paga en pre-existente so por primera vez, icitud no serán ces APLICAN PAÍ NFORMACIÓN EN CORRESPON no los haya trateguna de las siguidad que debe amidia u otra ganos genitales. de pecho, adad en las gulación. es), problemas es), problemas es), problemas es), problemas eso, vesícula recto, úlceras, o por más de ratorio, a hecho esorden del dolores de icamentos, es endocrinos. mia, leucemia, I uso de un	o que se entre se ent	ipal. E corrections in a part of the conditions	sponda e la o Pasa que es cu nédicamen ningún m CADA D LICITA EN decido, se iciones?	n razón de esta póliza d porte:	e seguro, será pagadera a: pedad, lesión, síntoma, dolencia fectividad de la póliza. URADO. SI LA RESPUESTA ES SIGUEN A CADA PREGUNTA o se le ha informado que sufre d	

18. Eczema, dermatitis u otro trastorno de la piel							
19. Infecciones como malaria, difteria, escarlatina u otra (s)							
20. Gota o desorden de los huesos, las articulaciones, la espalda o columna vertebral, hernia discal, lumbago, osteoporosis, artritis, neuritis, traumatismo, túnel del carpo o esclerosis múltiple.							
21.Otitis, Sinusitis, desviación del tabique nasal, trauma nasal u otro							
B. EN CASO DE SER MUJER RESPONDA A CONTINUACIÓN							
1. ¿Ha tenido o se le ha diagnosticado alguna enfermedad, nódulos o							
problemas en los senos? 2. ¿Ha tenido o se le ha diagnósticado enfermedad o problemas en la matriz, ovarios, trompas de falopio o cervix?							
3. ¿Ha sufrido algún síntoma, trastorno o enfermedad de cualquier parte del aparato reproductivo?							
4. ¿Ha sufrido alguna complicación durante un embarazo o parto?	П						
5. ¿Se encuentra o piensa estar embarazada?							
6. ¿Ha tenido embarazo de alto riesgo o complicaciones en el parto?							
7. ¿Ha recibido, recibe o piensa recibir algún tratamiento por infertilidad? 8. ¿Se ha efectuado alguno de los siguientes exámenes: Papanicolau,	Ш						
ultrasonido, mamografía, alguna otra prueba ginecóloga especial? Ha recibido tratamiento por Virus de Papiloma Humano? ¿Por Qué?							
CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS							
1. Revisé las preguntas contestadas en la sección VI e indique si ha							
padecido, recibido o está recibiendo consejo o tratamiento médico odontológico por alguna condición física o lesión no indicada en las preguntas anteriores							
2. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?							
Indique si sufre de algún síntoma de mala salud que no ha sido diagnosticado aún							
CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (Aplican para usted y p	oara (cada	dependien	te a ser asegurado)			
1. ¿Esta solicitud es para reemplazar alguna otra póliza de salud?							
Indique el número y el nombre del asegurador. ¿Ha presentado reclamos en ella? (presente el historial de reclamos con ésta solicitud y los beneficios de la póliza a reemplazar)		Ш					
2. èHa estado asegurado con póliza de salud en alguna otra ocasión? cuál Aseguradora? èLa tiene actualmente o piensa conservarla?						_	
3. ¿Tiene seguro de vida? ¿Con cuál Aseguradora?							
4. ¿Alguna vez le han denegado, aplazado o limitado un seguro de							
vida o de salud? Explique	Ш						
 ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad, hospitalización o reembolso por gastos médicos de alguna aseguradora, de la Caja de Seguro Social, o de alguna otra fuente? Explique 							
6. ¿Practica algún deporte o actividad extrema, en forma regular o a nivel profesional? ¿Es piloto o miembro de la tripulación de una aeronave? Explique							
7. ¿Sufre de alcoholismo, usa drogas o tiene alguna ora adicción? ¿Es usted fumador? ¿Desde cuándo? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Ha fumado alguna vez? ¿Por cuánto tiempo?							
Alguna vez le han practícado pruebas para el diagnóstico del SIDA, por alguna enfermedad o condición relacionada con el SIDA (ARC)							
9. żAlguna vez le han practicado electrocardiograma? żPor qué?							
10. żLe han practicado análisis o pruebas de laboratorio? żPor qué?							
11. èHa recibido transfusiones de sangre o sus derivados? èPor qué?							
NOMBRE	Y API	ELLID		DIRECCI	ÓN	TEL	ÉFONO
Nombre del Médico de cabecera							
Nombre del Ginecólogo							
Nombre del Pediatra							
Otro							
Completar solo en caso de que el Asegurado Principal tenga 18	año	s de e	dad o más	y que el Plan solicit	ado tenga esta	cobertura	•
BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE				CÉDULA	PARENTES	CO	%
Adm. Fiduciario							
Completar Adm. Fiduciario: en caso de que el beneficiario sea (Jn me	enor o	le edad.				
Declaro bajo la seriedad del juramento que cada una de las respuesto tomadas como base para el emisión o rehabilitación de este seguro. Do causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, candavier médico profesionato hechos de la profesiona de la cualquier médico.	is que e igua el Ase	anted al form gurad	eden es exc a, entiendo o Propuesto	acta, verdadera y com que cualquier Informa , certifico que median , tertifico que median	pleta y estoy de c ción falsa errónea e la firma de este	cuerdo pa o inexact documento	ira que sean la puede ser o, autoriz ó a
Declaro bajo la seriedad del juramento que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para el emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier Información falsa errónea o inexacta puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado Propuesto, certifico que mediante la firma de este documento, autorizó a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica, laboratorio, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra Institución Gubernamental o cualquier otro proveedor de cuidado de salud o asegurador empleador y tenedores de póliza de grupo que tengan datos o información sobre mí o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización, a dar a Aseguradora Ancón, S.A. o su representante autorizado esta información, la cual puede incluir información sobre tratamiento psiquiátrico, tratamiento contra el uso de drogas narcóticas o alcohol. También autorizó a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica sobre mí o mis dependientes a dar tal información a Aseguradora Ancón S.A. o a su representante autorizado. Por tal efecto, una fotocopia de esta solicitud será tan válida como su original.							
información a Aseguradora Ancón S.A. o a su representante autorizad	ga cu o. Por	tal ef	i informació ecto, una fo	n importante, no mèdio tocopia de esta solicitu	d será tan válida	uependier como su or	nes a dar tal iginal.
Queda entendido y acordado la cobertura de seguro será efectiva a la tiene derecho a la prima cobrada desde la fecha de efectividad. L acompañada del pago de la prima inicial.	fecho	aue d	ısı lo desian	e la Compañía, una ve	z hava evaluado :	el riesao. L	a Compañía
Acepto las exclusiones que se deriven de las enfermedades pre-ex							
Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADOR formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los con Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de _l	tratos protec	de se ción c	guros, celeb le datos de	rados entre mi person ASEGURADORA ANCO	a y la asegurador ON S.A. Como Tit	a. ular de la i	información
tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la p contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales disp de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web h	ortab uesto:	ilidad s para	de mi inforr la atención	nación personal, siem; de consultas, quejas y	ore y cuando, no e reclamos están pu	exista un de oblicados e	eber legal o en la política
					-		
FIRMA DEL ASEGURADO PROPUESTO:							
FIRMA DEL CONTRATANTE:							
FIRMA Y NOMBRE DEL CORREDOR: "Regulado y Supervisado por la Sup							
	orinto			e villageagurae da Danam			

	PARA US	O DE LA COMPAÑÍA	
APROBADO 🗆		LUADOR:	
Fecha de Recibo	N° Recibo AÑO	Fecha de Efectividad DÍA MES AÑO	Fecha de Rechazo DÍA MES AÑO
DÍA MES	PERSONA A QUIEN APLICA	DÍA MES AÑO CONDICIONES EXCLUÍDAS	DÍA MES AÑO PERÍODO DE LA EXCLUSIÓN
	"Regulado y Supervisado por la Su _l	perintendencia de Seguros y Reaseguros de Pan	amá"