

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
(COLECTIVOS)
SOLICITUD DE SEGURO**

I.-DATOS DEL SOLICITANTE

- 1.1.- Nombre de la persona o entidad: _____
- 1.2.- Domicilio Legal
Calle _____ No. _____ Apto: _____
entre _____ y _____
Reparto: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____
Teléfono _____ Fax: _____ e-mail: _____ Código Postal: _____
- 1.3.- Clasificación de la Entidad:
 Estatal Código REEUP: _____ No Licencia Cámara de Comercio: _____ Organismo: _____
 Sociedad mercantil cubana
 Empresa mixta
 Entidad extranjera
- 1.4.- Nombre del Representante (solo si el solicitante es persona jurídica): _____
- 1.5.- Ocupación Actual: _____
- 1.6.- Breve descripción del cargo que ocupa: _____
- 1.7.- Profesión: _____
- 1.8.- Descripción de la actividad de la entidad: _____

II.-DATOS DEL SEGURO

- 2.1.- Límite de Indemnización: CUC 100,000.00
- 2.2.- Vigencia del seguro solicitada: Desde las 24:00 horas del: ___/___/___ Hasta las 24:00 horas del: ___/___/___
(La vigencia de la póliza de seguro será por un periodo de 1 año natural o un periodo menor solicitado, contado a partir de las 24:00 horas de la fecha de aceptación de las condiciones de la Cotización.)

III.-DECLARACION

Para todos los efectos que pueda tener esta solicitud, declara la persona por asegurar que todas las respuestas las ha dado personalmente, son verídicas y están completas. Conviene así mismo el solicitante y el asegurador en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se consideran necesarias para el otorgamiento del contrato de seguros solicitado por cuanto la veracidad de tales declaraciones y respuestas serán en su caso la base para la celebración del contrato.

Finalmente el solicitante autoriza a los médicos que lo hayan atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, para que den a seguros internacionales de cuba, s.a. (ESICUBA) todos los informes referentes a su salud en caso de enfermedad, para lo cual exime a dichos médicos en relación con su secreto profesional de toda responsabilidad en que pudieran incurrir al proporcionar tales informes

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

La firma de esta Solicitud no obliga al Asegurador a concluir el contrato de seguro.

El Asegurador y/o sus Agentes se comprometen a considerar estas informaciones y datos como estrictamente confidenciales.

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE O PRODUCTOR

AGENTE O PRODUCTOR: _____
(Indique el Nombre de la Agencia y el Nombre del Agente o Productor)

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
(COLECTIVOS)
SOLICITUD DE SEGURO
SECCIÓN INDIVIDUAL/FAMILIAR**

I.-DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR

Nombre y apellidos	Parentesco	Fecha Nacimiento.	Lugar de nacimiento	Sexo	Peso(Kgs)	Estatura (mts)	Estado civil

II.-OTROS SEGUROS DE ESTE TIPO SOLICITADO, EN VIGOR O TRÁMITE

Compañía aseguradora	
País	
Límite de los Beneficios	
Rechazo, aplazamiento, retiro, modificación, aumento de tarifas o cancelación de alguna solicitud o renovación de este tipo de seguro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía	
Fecha	
Motivo	
Información sobre reclamaciones realizadas en pólizas de accidentes, enfermedades o por razón de invalidez en pólizas de vida	

III.-OTROS DATOS

Práctica de deportes o actividades riesgosas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre(s)
• Cual?	<input type="checkbox"/> Alpinismo <input type="checkbox"/> Esquí acuático <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Paracaidismo <input type="checkbox"/> Motociclismo	Nombre(s)
• Frecuencia	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Ocasional	Nombre(s)
• Participación en competencias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre(s)

IV.-CUESTIONARIO MÉDICO

Enfermedad que padece o ha padecido	Fecha	Número de ataques, diagnóstico, tratamiento, resultados y grado de recuperación.	Nombre
<input type="checkbox"/> Alta tensión arterial o afecciones de las arterias coronarias			
<input type="checkbox"/> Disnea			
<input type="checkbox"/> Tuberculosis			
<input type="checkbox"/> Pleuresia			
<input type="checkbox"/> Gota			
<input type="checkbox"/> Reumatismo			
<input type="checkbox"/> Vértigos, convulsiones o desmayos			
<input type="checkbox"/> Epilepsia			
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental o del sistema nervioso			

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Albúmina, glucosa o sangre en la orina			
<input type="checkbox"/> Tumores o cáncer			
<input type="checkbox"/> Ulceras			
<input type="checkbox"/> Neurastenia			
<input type="checkbox"/> Sífilis o gonorrea			
<input type="checkbox"/> Asma o fiebre del Heno			
<input type="checkbox"/> Hernia			
<input type="checkbox"/> Uso de suspensor			
<input type="checkbox"/> Venas varicosas			
<input type="checkbox"/> Flebitis			
<input type="checkbox"/> Defecto físico			
<input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo			
<input type="checkbox"/> Corazón			
<input type="checkbox"/> Los pulmones			
<input type="checkbox"/> Estómago			
<input type="checkbox"/> Los intestinos			
<input type="checkbox"/> El apéndice			
<input type="checkbox"/> El recto			
<input type="checkbox"/> El Hígado			
<input type="checkbox"/> La vesícula biliar			
<input type="checkbox"/> La próstata			
<input type="checkbox"/> La nariz			
<input type="checkbox"/> La garganta			
<input type="checkbox"/> La espina			
<input type="checkbox"/> El oído			
<input type="checkbox"/> La vista			
<input type="checkbox"/> Los riñones			
<input type="checkbox"/> Los huesos o las articulaciones			
<input type="checkbox"/> Las mamas u otros órganos femeninos			
<input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica sufrida o recomendada			
Embarazo			
Radiografías realizadas			
Electrocardiogramas realizados			
Otra enfermedad			

V.-DECLARACION

Para todos los efectos que pueda tener esta solicitud, declara la persona por asegurar que todas las respuestas las ha dado personalmente, son verídicas y están completas. Convienen así mismo el solicitante y el asegurador en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se consideran necesarias para el otorgamiento del contrato de seguros solicitado por cuanto la veracidad de tales declaraciones y respuestas serán en su caso la base para la celebración del contrato.

Finalmente el solicitante autoriza a los médicos que lo hayan atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, para que den a seguros internacionales de cuba, s.a. (ESICUBA) todos los informes referentes a su salud en caso de enfermedad, para lo cual exime a dichos médicos en relación con su secreto profesional de toda responsabilidad en que pudieran incurrir al proporcionar tales informes

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

La firma de esta Solicitud no obliga al Asegurador a concluir el contrato de seguro.

El Asegurador y/o sus Agentes se comprometen a considerar estas informaciones y datos como estrictamente confidenciales.