

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS  
(INDIVIDUALES/FAMILIARES)  
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.- Nombre del Representante (solo si el solicitante es persona jurídica): \_\_\_\_\_
- 1.4.- Ocupación Actual: \_\_\_\_\_
- 1.5.- Breve descripción del cargo que ocupa: \_\_\_\_\_
- 1.6.- Profesión: \_\_\_\_\_
- 1.7.- Compañía Empleadora: \_\_\_\_\_
- 1.8.- Descripción de la actividad de la entidad: \_\_\_\_\_
- 1.9.- Otras Ocupaciones: \_\_\_\_\_

**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.-DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR**

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

**IV.-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	

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

**V.-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	Nombre(s)
	<input type="checkbox"/> Buceo	<input type="checkbox"/> Paracaidismo	
	<input type="checkbox"/> Motociclismo		
• Frecuencia	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Trimestral	Nombre(s)
	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Ocasional	
• Participación en competencias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nombre(s)

**VI.-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			
<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			

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

<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			

**VII.-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)