

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS  
SOLICITUD DE SEGURO PARA INDIVIDUALES Y FAMILIARES****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 \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_ 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: CUP 2,400,000.00 por Asegurado.
- 2.2.- Vigencia del seguro solicitada: Desde las 24:00 horas del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta las 24:00 horas del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(La póliza de seguro deberá ser contratada por un período igual a 1 año natural o por un período menor de al menos 180 días. Este seguro tendrá efecto a partir de las 72 horas posteriores a la fecha de aceptación de la Cotización de Seguro o en una fecha posterior.)

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

## Datos del Asegurado Principal

Nombre y Apellidos	Parentesco	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	No. Pasaporte	Sexo	Peso (kg)	Estatura (m)	Estado civil

## Datos de los Asegurados Familiares (podrá anexar lista de Asegurados, pero debe declarar toda la información que aquí se solicita)

Nombre y Apellidos	Parentesco	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	No. Pasaporte	Sexo	Peso (kg)	Estatura (m)	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 [ ] No
Nombre de la compañía	
Fecha	
Motivo	
Información sobre reclamaciones realizadas en pólizas de accidentes, enfermedades o por razón de invalidez en pólizas de vida	

**V.- OTROS DATOS**

Declare por cada Asegurado

Práctica de deportes o actividades riesgosas	[ ] Sí [ ] No	Nombre(s)
Cuál	[ ] Alpinismo [ ] Esquí acuático [ ] Buceo [ ] Paracaidismo [ ] Motociclismo	Nombre(s)
Frecuencia	[ ] Semanal [ ] Trimestral [ ] Mensual [ ] Ocasional	Nombre(s)
Participación en competencias	[ ] Sí [ ] No	Nombre(s)

**VI.- CUESTIONARIO MÉDICO**

Declare por cada Asegurado

Enfermedad que padece o ha padecido	Fecha	Número de ataques, diagnóstico, tratamiento, resultados y grado de recuperación	Nombre(s)
<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			
<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.- DECLARACIÓN**

Para todos los efectos que pueda tener esta solicitud, declara la persona por asegurarse 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 la base para la celebración del contrato.

El Solicitante autoriza a los médicos que lo hayan atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, para que aporten 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.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR DE SEGURO**

PRODUCTOR: \_\_\_\_\_

(Nombre del Productor y Entidad que representa)

FECHA DE RECIBIDO: \_\_\_\_\_