

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: _____ 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.- 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 póliza de seguro deberá ser contratada por un período igual a un 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.-DECLARACION

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 DEL SEGURO: _____

(Indique el Nombre del productor y Entidad que representa)

FECHA DE RECIBIDO: _____

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

V.-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.-DECLARACION

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. 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 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 DEL SEGURO: _____
(Indique el Nombre del productor y Entidad que representa)

FECHA DE RECIBIDO: _____