

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
**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: _____ 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: CUC 100,000.00 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 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.-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

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	

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
V.-OTROS DATOS
Declare por cada Asegurado

Práctica de deportes o actividades riesgosas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nombre(s)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuál? 	<input type="checkbox"/> Alpinismo <input type="checkbox"/> Buceo <input type="checkbox"/> Motociclismo	<input type="checkbox"/> Esquí acuático <input type="checkbox"/> Paracaidismo	Nombre(s)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia 	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Ocasional	Nombre(s)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en competencias 	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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			

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

<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 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: _____