



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

AUTO-SEGURO COLPROCAH

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Asegurado: _____ No. De Identidad: _____
No. De Teléfono: _____ No. De Celular: _____ Genero: _____
correo electrónico: _____ Quien ingreso el ___ de _____ del 20 ___
la suma asegurada correspondiente será L. _____

CONSENTIMIENTO

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado y, para los efectos correspondientes, proporciono los datos a que se refiere el siguiente:

CUESTIONARIO

Lugar de nacimiento: _____ fecha de nacimiento: ___ de _____ de _____ edad: ___
años residencia: _____ Profesión: _____
ocupación: _____ estado civil: _____ estatura: _____ metros
peso: _____ libras

Designo beneficiario (s) del seguro a:

| NOMBRE | PARENTESCO | DIRECCIÓN | DISTRIBUCIÓN |
|--------|------------|-----------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

“si al momento de mi fallecimiento alguno o algunos de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le (s) corresponda será entregada a: _____, portador de la cedula de identidad No. _____ Quien ha sido instruido por mí sobre la forma en que deberá proceder con la (s) suma (s) que reciba del auto seguro COLPROCAH, sin que por esto se considere a dicha persona como beneficiaria. De ser el caso, el FAM continuara pagando las sumas producto del seguro a la persona antes indicada, a menos que una orden judicial determine lo contrario que el o los beneficiarios, llegada a su mayoría de edad, demuestren este hecho a satisfacción del COLPROCAH, en cuyo caso y de solicitárselo por escrito a esta última, podrá pagar directamente al o a los beneficiarios designados que hayan cumplido con los requisitos anteriores.

ANTECEDENTES DE SALUD

1. Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes? _____
2. Ha estado en tratamiento u observación con algún médico, Hospital o Clínica _____ fecha _____
3. Si la respuesta para alguna de las dos preguntas que antecede es afirmativa, indíquese la enfermedad, lesión o tratamiento y el médico que lo atendio _____

_____ declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos, acepto que sirvan de base para la inscripción solicitada, autorizo a todo medico u Hospital que me haya atendido en la recuperación de mi salud suministrar a COLPROCAH, los informes que requiera en relación con este seguro, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros respecto a mi persona. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como la original.

_____ de _____ del 20 _____ Asegurado _____



DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS DE SALUD

1- INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Completo _____ edad _____ años
cumplidos

2- ASPECTO

Estatura _____ Mts peso _____ lbs ¿Cuál fue su peso hace un año? _____ ¿Por qué cree ud. Que subio o bajo de peso? _____ Esta usted en buen estado de salud _____
¿adolece usted de algún defecto físico o mutilación de algún miembro? _____ en caso de afirmativo detalle _____

3-OCUPACIÓN

¿Qué tareas de su ocupación considera ud peligrosa? _____
¿Cuántas veces por año viaja ud, en avión como pasajero? _____ ¿Dentro del país? _____
¿Fuera del país? _____ ¿clase de avión? _____
¿Ha cambiado o piensa cambiar de ocupación? _____ ¿Por qué? _____

4- HISTORIA PERSONAL

Nombre de los médicos que lo han tratado durante el último año _____
¿Cuándo se hizo ud. Algún examen, radiografía, electrocardiograma, análisis de orina, etc.? _____
_____ ¿Cuál fue su resultado? _____
¿Dónde se lo practicaron? _____
¿Ha ingresado ud en alguna clínica u hospital para trámite de alguna enfermedad o accidente? _____

¿ha sido tratado alguna vez con medicamentos para el corazón, o para bajar la presión sanguínea, insulina u otras medicinas contra diabetes o ha sido sometido a tratamientos por choques eléctricos? _____ en caso afirmativo cuando y en qué hospital fue? _____

¿Ha sido tratado alguna vez con antibióticos durante un tiempo prolongado? (más de una semana) _____

¿está tomando Ud. Actualmente alguna medicina? _____ Que clase _____
_____ ¿para qué? _____ ¿bajo prescripción médica? _____

¿Padece Ud. o ha padecido de las siguientes enfermedades o síntomas?

1. ¿ enfermedades del corazón, presión arterial alta o baja, anemia, mareos, angina de pecho, palpitaciones, dificultades en la respiración, venas varicosas u otras enfermedades del sistema circulatorio? Detalle _____

2. ¿tos crónica, esputo con sangre, pleuresía, tuberculosis, asma u otras enfermedades del aparato respiratorio? Detalle _____

3. ¿gota, reumatismo, ciática, enfermedades de los huesos o de las articulaciones? Detalle _____

4. ¿hernia, enfermedades del estómago, intestino, recto, hígado, vesícula, hemorragia? Detalle _____

5. ¿vértigos, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis, dolores crónicos de cabeza, agotamiento nervioso u otros problemas del sistema nervioso? Detalle _____

6. ¿albumina, azúcar o sangre en la orina? Detalle _____
7. ¿sífilis, diabetes, enfermedades del riñón, vejiga u órganos genitales? Detalle _____
8. ¿bocio, tumores, úlceras, cáncer, quiste o crecimiento anormal de cualquier clase? Detalle _____
9. ¿amigdalitis, paludismo o alguna otra enfermedad o daño que no haya sido mencionada anteriormente? detalle _____

DETALLE DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO Y DE ACCIDENTES Y OPERACIONES SUFRIDAS

| ENFERMEDADES, ACCIDENTES, OPERACIONES | FECHA | DURACIÓN | No. DE ATAQUES | RESULTADO | MEDICO O CIRUJANO | DIRECCIÓN |
|---------------------------------------|-------|----------|----------------|-----------|-------------------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5. HISTORIA FAMILIAR

| PARIENTES | Vivos | | Muertos | |
|-------------|-------|-----------------|---------|------------------------|
| | Edad | Estado de Salud | Edad | Causa de Fallecimiento |
| A) Padre | | | | |
| B) Madre | | | | |
| c) Hermanos | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| d) Hermanas | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

1. ¿Se ha presentado en su familia algún caso de tuberculosis, cáncer enajenación mental, congestión cerebral, epilepsia, diabetes o algún trastorno nervioso o suicidio? Detalle _____
2. ¿ha padecido de tuberculosis alguna persona que haya vivido en compañía de Ud. Durante el último año? Detalle _____
3. ¿ha intentado ud. Atentar contra su vida? Detalle _____

6. CUESTIONARIO SOLO PARA MUJERES

1. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____ ¿Cuántos viven? _____ Edad del menor _____
¿Esta usted embarazada? _____ en caso afirmativo cuantos meses tiene? _____ ¿ha tenido algún aborto,
parto anormal u operación cesárea? Detalle _____
¿son sus funciones regulares y normales? _____ ¿ha tenido o tiene tumores, enfermedades de los pechos, utero,
ovario? Detalle _____
De informe adicionales sobre las preguntas anteriores que haya contestado afirmativamente _____

HAGO CONSTAR que las contestaciones y datos que anteceden son correctos y completos. Estoy de acuerdo en que forman parte de mi solicitud para seguro de vida.

AUTORIZO por este medio a los médicos u hospitales que me han atendido en recuperación de mi salud, para que suministren a COLPROCAH, las informaciones que este requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como la original.

_____ de _____ del 20 _____

Solicitante
