

Solicitud de Inscripción para Seguro Colectivo de Vida y Gastos Médicos

Dirección Calle Loma Linda, No. 265, Col. San Benito,
San Salvador
Teléfono (503) 2133-9600

Dirección Avenida Roosevelt Norte y 8 Calle Poniente No.416,
San Miguel
Teléfono (503) 2250-3281

1. ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO									
CONTRATANTE				DIVISIÓN/SUB-EMPRESA					
N° DE EMPLEADO		N° PÓLIZA		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA			
				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
¿TOMARÁ SEGURO OPCIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CATEGORÍA DEL SEGURO DE VIDA		¿TOMARÁ SEGURO MÉDICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CATEGORÍA DEL SEGURO MÉDICO			
SUMA ASEGURADA VIDA*		SUMA ASEGURADA OPCIONAL*				SUMA ASEGURADA MÉDICO*			
NOMBRE DEL CARGO		SUELDO MENSUAL		FIRMA Y SELLO					

*SUMAS ASEGURADAS, según las condiciones de las pólizas.

En relación a las condiciones de las Pólizas de Seguro de Vida Colectivo y Médico Hospitalario, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para ese fin proporciono los siguientes datos (POR FAVOR COMPLETAR TODAS LAS CASILLAS CON LETRA LEGIBLE PREFERIBLEMENTE DE MOLDE)

2. DATOS DEL ASEGURADO SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO		
SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO DE CASADA		ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD	
N° DE DUI		N° DE NIT		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	
				DÍA	MES	AÑO	
RESIDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO			
OCUPACIÓN		TELÉFONO		ESTATURA (EN METROS)		PESO (EN LIBRAS)	

3. DATOS PARA EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO				
NOMBRE COMPLETO DE BENEFICIARIOS		PARENTESCO	% SEGURO BÁSICO	%SEGURO OPCIONAL

*NOTA: La distribución de los porcentajes debe sumar 100%.

4. DATOS PARA EL SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO							
NOMBRE COMPLETO DE DEPENDIENTES	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO		ALTURA (Metros)	PESO (Libras)
	DÍA	MES	AÑO	CÓNY.	HIJO(A)		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

5. DECLARACIÓN DE SALUD PARA EMPLEADO Y SUS DEPENDIENTES

NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL	FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA			
	DÍA		MES	AÑO

RAZÓN DE LA ÚLTIMA CONSULTA

EL SOLICITANTE DEBE DE INCLUIR EN HOJAS ADICIONALES UNA EXPLICACIÓN PARA TODA RESPUESTA AFIRMATIVA DE CUALQUIER MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR, QUE PROPORCIONE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. (SOLICITANTE, CÓNYUGE E HIJOS)

USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR:	(✓)	
	SI	NO
¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido cáncer, derrame cerebral, tumores, infarto de miocardio, ataque cardíaco, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, epilepsia, anemia, hepatitis B, ictericia, dolor en el pecho, tensión alta o baja, soplo cardíaco, asma o enfisema u otra enfermedad circulatoria sanguínea o respiratoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido enfermedades en los riñones, hígado, vejiga, próstata, aparato reproductor, digestivo o de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido algún tipo de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado internado o se le ha aconsejado internarse en algún hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha practicado o aconsejado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha practicado radiografía de tórax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha aplicado algún tipo de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le ha hecho alguna prueba para investigar SIDA o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus antes mencionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido Trastornos nerviosos mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido de pérdida de la vista o del oído, amputación, deformidad, artritis u otra enfermedad muscular, ósea o dermatológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Práctica polo, actividades ecuestres, carreras de motocicletas, caza, alpinismo, buceo, rugby, aerodinamismo (Hang Gliding), paracaidismo, o cualquier otra actividad relacionada y/o peligrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ingiere o es consumidor de bebidas alcohólicas, cigarrillo u drogas conocidos como narcóticos/estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1 CUESTIONARIO SOLO PARA MUJERES DEL GRUPO FAMILIAR	(✓)		
	SI	NO	
¿Ha tenido alguna enfermedad en los pechos, matriz u ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha llegado a la menopausia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está usted embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MESES:			
Fecha de su última menstruación	DÍA	MES	AÑO

5.2 CUESTIONARIO COVID19			
¿Está vacunado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuenta con todas las dosis?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Fecha de próxima dosis:
¿Tuvo alguna reacción adversa? En caso afirmativo, por favor detallarla.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Detalle:
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido diagnosticado por COVID-19? En caso de ser positivo favor indicar la fecha del diagnóstico.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	FECHA (DD/MM/AA)
¿Tiene conocimiento de haber estado en contacto con alguna persona diagnosticada COVID-19 positivo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

En los últimos 15 días usted o algún miembro de su familia ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Tos seca Tos húmeda	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Malestar general Fiebre	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Dificultad respiratoria Falta de aire	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Diarrea Pérdida del sentido del olfato o del gusto	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
SI	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
SI	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
SI	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

6. AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE RECLAMOS Y DEVOLUCIÓN DE SALDOS

En calidad de titular, acepto y confirmo expresamente recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos, cualquier reembolso, devolución, desembolso y/o pagos económicos a mi favor. Para lo que proveo los datos de la cuenta Bancaria para las transferencias respectivas.

Banco	No. de Cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Corriente
-------	---------------	---------------------------------	------------------------------------

De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a pagar reclamos y devolver saldos a favor, por medio de cheque.

7. AUTORIZACIONES Y ACEPTACIONES

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro que todos los hechos a que se refiere este cuestionario son verdaderos, en el entendido que la no declaración o inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se me pregunte, podría originar la pérdida de mi derecho como Asegurado o del beneficiario en su caso; asimismo estoy dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico, si se estimara conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a ASSA Vida, S.A, Seguros de Personas todos los informes que se refieren a mi estado de salud, inclusive los datos de enfermedades anteriores, queda entendido que una fotocopia de ésta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como la original. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional.

En testimonio de lo cual, firmo esta Solicitud, en la ciudad de _____ el día ___ de _____ de _____.

Firma Asegurado