

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 le Avenida Roosevelt Norte y 8 Calle Poniente No.416, San Miguel

 Teléfono (503) 2250-3281

1. ESPACIO EXCLUSIVO PAI	RA SER (COMPLETADO	O POR EL	PATRONO		, .						
CONTRATANTE					DIVISIO	ÓN/SUB-E	EMPRES	SA				
N° DE EMPLEADO		° PÓLIZA	FECH	IA DE INGRESO A LA EMPRESA			A	FECH	IA DE INGRESO A LA PÓLIZA			
			DÍA	М	ES	ΑÑ	10	DÍA	MES	AÑO		
¿TOMARÁ SEGURO OPCIONAL?	CATEGO	PRÍA DEL SEGUR	O DE VIDA ¿TOMARÁ SEC			IRO MÉDI NO 🗌	CO?	CATEGORÍA DEL SEGURO MÉDICO				
SUMA ASEGURADA VIDA*	SUMA A	SEGURADA OPO	CIONAL*	IONAL*			SU	IMA ASEGUR	RADA MÉDICO*			
NOMBRE DEL CARGO	SUELDO	MENSUAL		FIRMA Y SELLO								
*SUMAS ASEGURADAS, según las En relación a las condiciones d inscrito como Asegurado, y pa LEGIBLE PREFERIBLEMENTE DE 2. DATOS DEL ASEGURADO	le las Pól ra ese fir MOLDE)	lizas de Seguro n proporciono	o de Vida (los siguien	tes datos	Médic (POR F	o Hospit AVOR CC	talario, DMPLE	, manifiesto TAR TODAS	mi conformic LAS CASILLAS	dad para ser CON LETRA		
PRIMER NOMBRE	SEGUN			NIIDAD			D	DIMED ADELL	IDO			
FRIIVIER NOIVIBRE		SEGUNDO NOMBRE						PRIMER APELLIDO				
SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO DE CASADA			ES	TADO CIV	/IL		NACIONALIDA	CIONALIDAD		
N° DE DUI							DE NACIMIEN	_	EDAD			
						DÍA		MES	AÑO			
RESIDENCIA							С	CORREO ELECTÓNICO				
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 po												
4. DATOS PARA EL SEGURO	MÉDIC	O HOSPITAL										
NOMBRE COMPLETO DE DEPENDIENTES			FECHA DE NACIMIEN			NTO PA AÑO CÓNY		HIJO(A)	ALTURA (Metros)	PESO (Libras)		
			Dirt	IVIES	, 114			П	(ivicuos)	(Libi da)		
							$\overline{\Box}$					
							$\overline{\Box}$					
							\exists					
							\exists					



SI NO

Tos seca Tos húmeda SI NO

SI NO

Malestar general

Fiebre

SI NO

Diarrea

Pérdida del sentido del olfato o del gusto

Dificultad respiratoria

Falta de aire

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

NOMBRE DEL MÉDICO PERSONAL	PEL MÉDICO PERSONAL FECHA DE LA ÚLTIMA CONS								
	DÍΑ		ME	5			AÑO		
RAZÓN DE LA ÚLTIMA CONSULTA									
EL SOLICITANTE DEBE DE INCLUIR EN HOJAS ADICIONALES UNA EXPLICACIÓN PARA TODA RESPUESTA AF DEL GRUPO FAMILIAR (EN CASO TAMBIEN SE SOLICITE SU INGRESO), QUE PROPORCIONE A LAS SIGUIENT							•	MIEMBRO	
USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR:								√)	
¿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?									
¿Padece de diabetes, azúcar baja, glucosa en orina, síndrome metabólico?									
¿Padece o ha padecido enfermedades en los riñones, hígado, vejiga, próstata, aparato reproductor, digestivo o de transmisión sexual?									
¿Ha sufrido algún tipo de accidente?									
¿Ha estado internado o se le ha aconsejado internarse en algún hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento?									
¿Se le ha practicado o aconsejado alguna intervención quirúrgica?									
¿Se le ha practicado radiografía de tórax?									
¿Se le ha aplicado algún tipo de radiación?									
¿Se le ha hecho alguna prueba para investigar SIDA o le han informado que tiene pruebas sanguíneas positivas para anticuerpos del virus antes mencionado?									
¿Padece o ha padecido Trastornos nerviosos mentales?									
¿Padece o ha padecido de pérdida de la vista o del oído, amputación, deformidad, artritis u otra enfermedad muscular, ósea o dermatológica?									
¿Práctica polo, actividades ecuestres, carreras de motocicletas, caza, alpinismo, buceo, rugby, aerodinamismo (Hang Gliding), paracaidismo, o cualquier otra actividad relacionada y/o peligrosa?									
¿Ingiere o es consumidor de bebidas alcohólicas, cigarrillo u drogas conocidos como narcóticos/estimulantes?									
5.1 CUESTIONARIO SOLO PARA MUJERES DEL GRUPO FAMILIAR							SI (√) NO	
¿Ha tenido alguna enfermedad en los pechos, matriz u ovarios?								NO	
¿Ha llegado a la menopausia?									
¿Está usted embarazada? SI NO MESES:									
Fecha de su última menstruación DÍA			MES			AÑC	,		
5.2 CUESTIONARIO COVID19			VILO			AINC	,		
¿Está vacunado?		□ si	Т Г	7 NC	<u>ا</u>				
							próxima dosis:		
¿Ha estado usted en contacto con una persona sospechoso, probable o positivo en Co	oron	avirus c	lurante	los	9	sí 🔲	N	0 🔲	
últimos 15 días? En los últimos 15 días usted o algún miembro de su familia ha tenido alguno de los s	signi	ientes s	íntoma	۲٠					



profesional.

Firma Asegurado

Solicitud de Inscripción para Seguro Colectivo de Vida y Gastos Médicos

Dirección: Calle Loma Linda, No. 265, Col. San Benito, Dirección Avenida Roosevelt Norte y 8 Calle Poniente No.416,

(503) 2250-3281 Teléfono (503) 2133-9600 Teléfono FECHA (DD/MM/AA) ¿Se encuentra actualmente o estuvo en tratamiento COVID-19? Sĺ NO sí 🗌 ¿Estuvo hospitalizado por COVID-19? NO En caso afirmativo, por favor especifique fecha y duración: SÍ 🗌 En caso afirmativo, ¿ha recibido terapia intensiva? SÍ 🗌 En caso afirmativo, ¿fue entubado? 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. Corriente Banco No. de Cuenta Ahorro 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

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