

20. Nombre y dirección completa de los médicos que lo atienden regularmente a usted o a cualquiera de los miembros de su familia a asegurarse:

21. Indique los seguros de Vida y Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además, los seguros de Gastos Médicos que ha tenido: Si No

COMPAÑIA	FECHA EMISION	SUMA ASEGURADA VIDA	SUMA GASTOS MEDICOS	TITULAR		CÓNYUGE		HIJOS	
				Si	No	Si	No	Si	No

22. ¿Reemplaza este seguro a alguna otra póliza actualmente en vigor? Si No Especifique: _____

23. ¿A usted o a cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazadas, aplazadas, limitadas, modificadas, aumentadas las tarifas en alguna solicitud de seguro, de renovación, de rehabilitación o de cambio de póliza de seguro de vida, accidentes o gastos médicos? Por favor detalle: Si No

PERSONA A LA QUE APLICA	COMPAÑIA	FECHA	TIPO DE SEGURO	RAZÓN

24. ¿Ha reclamado usted o cualquiera de los miembros de su familia nombrados en esta solicitud, como beneficiario de pólizas de seguro de Gastos Médicos, accidentes personales o invalidez? Si No

NOMBRE DEL RECLAMANTE	COMPAÑIA	FECHA	CANTIDAD RECIBIDA	CAUSA

25. ¿Se encuentra en estos momentos usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurarse bajo observación o tratamiento de un médico o tomando algún medicamento? Si No

Por favor detalle:

PERSONA A LA QUE APLICA	PADECIMIENTO	MEDICAMENTOS	DOSIS	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

26. ¿Tiene o ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Indique SI o NO, escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación y subraye el padecimiento al que se refiere, de los detallados en cada literal)

I. PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES	TITULAR		DEPENDIENTES		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
	SI	NO	SI	NO	
A) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	Si	No	Si	No	
B) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defectos al hablar, parálisis, apoplejía, embolias?	Si	No	Si	No	
C) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	Si	No	Si	No	
D) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, arritmia cardíaca, soplo en el corazón o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales o venas varicosas?	Si	No	Si	No	
E) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, estreñimiento, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, ingestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto y ano?	Si	No	Si	No	
F) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedra o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos?	Si	No	Si	No	
G) ¿Diabetes, dislipidemia, hiperuricemia, enfermedades de la tiroides o cualquier otro trastorno endocrínológico?	Si	No	Si	No	
H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	Si	No	Si	No	
I) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, discos intervertebrales, la espalda y las articulaciones?	Si	No	Si	No	
J) ¿Trastornos de la piel, manchas y acné, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	Si	No	Si	No	
K) ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea o sistema linfático?	Si	No	Si	No	
L) ¿Enfermedades por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus VIH, hepatitis B, hepatitis e' lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena?	Si	No	Si	No	
M) ¿Padece o ha padecido usted o cualquier miembro de su grupo familiar algún trastorno mental o físico, así como cualquier enfermedad o malformación congénita?	Si	No	Si	No	
N) Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años:					
1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	Si	No	Si	No	
2) ¿Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	Si	No	Si	No	
3) ¿Se ha hecho electrocardiogramas, radiografías u otras pruebas diagnósticas?	Si	No	Si	No	
4) ¿Se le aconsejó, alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	Si	No	Si	No	
Ñ) ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurarse está usando o ha usado alguna vez cualquier tipo de droga, barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamiento como estupefacientes y/o psicotrópicos (incluyendo marihuana) o que alteren su estado mental y/o físico y que produzcan hábito?	Si	No	Si	No	
O) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas, alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño, etc?	Si	No	Si	No	
P) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	Si	No	Si	No	
Q) ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas, de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? (indique qué familiar y el padecimiento al que se refiere).	Si	No	Si	No	

I. PARA ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES	TITULAR		DEPENDIENTES		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
R) ¿Ha sido usted o cualquier miembro de su grupo familiar a asegurarse, receptor o donador de órganos?	Si	No	Si	No	
S) ¿A usted o a alguno de los miembros del grupo familiar a asegurar le han hecho transfusiones de sangre o terapia con hemoderivados?	Si	No	Si	No	
T) ¿Ha recibido usted o cualquier miembro de su grupo familiar a asegurar, tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia?	Si	No	Si	No	
II. PARA MUJERES (TITULAR O DEPENDIENTE)					
U) ¿Trastornos en los órganos reproductivos, menstruación, embarazos o problemas de los senos?	Si	No	Si	No	
V) ¿Operación cesárea?	Si	No	Si	No	
W) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (si se encuentra, favor indicar fecha en que espera el alumbramiento)	Si	No	Si	No	
III. HÁBITOS Y ACTIVIDADES ESPECIALES					
X) ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol u otras drogas? (indicar cantidades)	Si	No	Si	No	
Y) ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes, alpinismo, carreras de auto, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte considerado de alto riesgo o peligroso?	Si	No	Si	No	
Z) ¿Ha sido, es o piensa ser, piloto aviador o miembro de la tripulación de un avión particular o comercial?	Si	No	Si	No	

Si cualquiera de las respuestas fueran afirmativas, detalle a continuación:

EJEMPLO:

PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	
PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	
PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	
PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	
PREGUNTA	PERSONA A LA QUE APLICA	DOLENCIA Y TRATAMIENTO	FECHA DEL TRATAMIENTO
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA	

En caso de ser aceptada mi solicitud, que es la base para la expedición del seguro a mi favor, dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, la Compañía se eximirá de toda obligación de indemnizar.

CONSENTIMIENTO

Por la presente solicito a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A., la protección de Seguro por la cantidad, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el Contrato de Seguro emitido al Contratante y autorizo a este a que haga el cargo por la cantidad requerida, para cubrir el valor de las primas.

Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicho caso en cualquier tiempo, mediante aviso escrito al contratante.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DAR INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, laboratorio o cualquier miembro de la profesión médica, Compañía de Seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona, que pueda tener información o conocimiento sobre mi, mi cónyuge o la de mis hijos menores, para que divulgue esa información a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A., o a sus Reaseguradores, en el momento de que la Compañía lo considere necesario para evaluar de mi grupo familiar el Seguro de Vida, el Seguro de Gastos Médicos, Plan Dental o cualquiera otro beneficio que se ofrezca bajo el presente programa.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Asimismo, la Compañía puede solicitar que yo o cualquier miembro de mi grupo familiar se someta a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar la solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán, a informe de análisis de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y pruebas sanguíneas para colesterol, lípidos en sangre, diabetes, infección por el virus del SIDA, trastornos hepáticos y renales. Si se requiere un examen médico de mi persona solicito ser entrevistado.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del propuesto Asegurado

Firma del propuesto Asegurado

En mi calidad de Asegurado Titular, esta autorización se extiende para mi cónyuge y a todos mis hijos que solicitan cobertura dentro de la presente solicitud, ya sean menores o mayores de edad.

NOTA: EL CÓNYUGE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN EN CASO DE HABER SOLICITADO SEGURO DE VIDA, DE LO CONTRARIO NO FIRMAR.

Nombre del cónyuge del Asegurado Titular

Firma del cónyuge del Asegurado Titular

**NO ES NECESARIO HACER DEPÓSITO CON ESTA SOLICITUD.
LA PRIMERA PRIMA SE PAGARÁ HASTA QUE SE LE NOTIFIQUE SU APROBACIÓN**

**NOMBRE COMPLETO DEL
INTERMEDIARIO DE SEGUROS**

FIRMA O SELLO DEL INTERMEDIARIO

PRIMA COTIZADA: MÉDICO: _____ VIDA: _____ DENTAL: _____ TOTAL: _____

FECHA RECEP. SOLICITUD: _____
Día Mes Año

REVISADO POR: _____