



FORMULARIO DE SOLICITUD - SEGURO "MUNDIAL BLUE"

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (D.P.S.)

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA - "MUNDIAL BLUE"

CÓDIGO APS No.: 109-911186-2017 03 440 3001

R.A.: 274-17

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

Sírvase llenar este formulario de su **PUÑO Y LETRA**. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y veracidad. Si tiene ligeros padecimientos que son comunes en casi todas las personas, su Seguro se contratará normalmente. Si tiene alguno de cierta importancia, puede beneficiarse del seguro, mediante contratación especial; si padece alguna enfermedad grave, manifiéstela sin temor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro, que a un litigio posterior por falsa declaración. En todo caso unas declaraciones auténticas y un contrato basado en las mismas, nunca será discutido por la Compañía, que supo al origen el riesgo que aceptaba.

En cumplimiento al Artículo 26 de la Ley 24771 (Política Conozca a su Cliente), BISA Seguros y Reaseguros S.A., al iniciar una relación comercial y mientras dure la misma, debe conocer y mantener actualizada la siguiente información del cliente:

Favor llenar la siguiente información con letra imprenta o con una "X" cuando lo amerite

LOS PUNTOS MARCADOS CON (*) SON DE LLENADO OBLIGATORIO

1. INFORMACIÓN GENERAL

Plan de Salud Elegido: _____

Reaseguro Si No Plan de Reaseguro Elegido: _____
Maternidad Si No

Valor Asegurado \$us _____ Deducibles \$us _____

2. DATOS GENERALES

Titular Dependiente Datos de Sexo: F M

* Tipo de Documento: _____

* Número de Documento: _____ * Expedido en: _____ NIT: _____
(Si corresponde)

* Apellido Paterno: _____ * Apellido Materno: _____

* Nombre: _____ * Apellido de Casada: _____
(Si corresponde)

* Profesión: _____

* Actividad principal / Rubro: _____

E-mail: _____ * Tel. Fijo / Celular: _____

* Estado Civil: _____ * Nombre Completo: _____ * N° C.I. Cónyuge: _____
del Conyuge (si su estado civil es casado / casada)

3. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

* País de nacimiento: _____ * Departamento: _____

Ciudad: _____ * Nacionalidad: _____

* Fecha de nacimiento: _____ * Edad: _____

4. DIRECCIÓN DOMICILIARIA

* País de residencia: _____ * Departamento: _____

Ciudad: _____ * Zona: _____

* Dirección: _____

(Av. / Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Dpto.)

5. DATOS LABORALES

a) Ocupación o Actividad Principal

Situación Laboral: Dependiente Independiente Empresa Unipersonal
Labores de Casa Estudiante Jubilado / Rentista
Desempleado(a)

Si marcó la casilla "Dependiente" o "Independiente" o "Empresa Unipersonal" complete la siguiente información, caso contrario pase al inciso b)

* Empresa donde trabaja: _____
* Cargo: _____ * Fecha de ingreso al lugar de trabajo: _____
* País de trabajo: _____ * Departamento: _____
* Ciudad: _____ * Zona: _____
* Dirección: _____
(Av. / Calle, N°, Edificio / Condominio, N° Dpto.)
* Teléfono fijo: _____ Celular: _____
(Si corresponde)
E-mail Corporativo: _____

b) Otra Actividad que le genere Ingresos: _____

6. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICA Y POLÍTICAMENTE

¿Usted ha trabajado o trabaja en una entidad pública? NO (Pase al punto 6 por favor) SI

En caso de que su respuesta haya sido afirmativa por favor complete la siguiente información

Entidad Pública: _____ Cargo: _____

Favor explique el origen de los fondos para la adquisición de todos los bienes que desea asegurar:

No aplica para pólizas de Accidentes Personales y de Salud

Favor detalle el origen de los fondos para el pago de la prima:

7. DIRECCIÓN DE COBRANZA

Marque con una "X" donde prefiere que se le cobre la prima:

Dirección Domiciliaria Dirección Laboral

8. FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

* TOTAL INGRESOS MENSUALES

(Sumatoria de la actividad principal y otra actividad, expresado en dólares americanos U\$D)

1 - 500 501 - 1,000 1,001 - 2,500 2,501 - en adelante

Referencias	Nombre o Razón Social
* Personal	
* Comercial	
* Bancaria	

* Referencia Comercial: Llámese toda persona natural o jurídica con la que se cumple una relación contractual, ya sean servicios telefónicos, cable, internet o de cualquier otro índole.

* Referencia Bancaria: Llámese toda persona jurídica con la que se cumple una relación contractual de intermediación financiera en general.

9. INFORMACIÓN DE SALUD

9.1. SEGUROS

a) Tuvo un Seguro de Salud anterior: Si No
Nombre de la Compañía: _____ Tiempo de Uso del Servicio: _____

9.2. Información General

- a) Estatura: _____ Peso actual (kg.): _____ Presión Arterial: Alta Baja Normal Ignora
- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b) ¿Realiza vuelos como piloto o estudiante de piloto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Efectúa vuelos en líneas NO regulares? Indique frecuencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Practica alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo (Hombre rana), Carreras de Velocidad (auto-moto), Bungee Jumping (salto elástico)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Practica otros deportes o tiene hobbies?, ¿Cuáles?, ¿Cuáles son las frecuencias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Participa en competencias? ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Utiliza moto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) ¿Usa usted o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes, o somníferos?, ¿Quién se los ha recetado, por qué causa, en que cantidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) ¿Usted fuma actualmente? Especifique cuántos cigarrillos fuma actualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted fumaba? Especifique cuántos cigarrillos fumaba diariamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) ¿Tiene usted alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?, ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |

8.3. Información de Salud

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Ha sido hospitalizado?, ¿Cuándo?, ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Tiene alguna hospitalización pendiente? ¿De qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica?, ¿Cual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Ha recibido transfusiones?, ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Esta usted actualmente sometido a algún tratamiento o terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Ha tenido variación de más de 5 kg. de peso en el último año? Causa probable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Cuándo se realizó el último examen o control médico? Fecha: _____ | | |

Especialidad: _____

Motivo de la consulta: _____

Diagnóstico: _____

Le pidieron examen de: Sangre Orina Electrocardiograma Rayos X Otro _____

Resultados: _____

Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir de:

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| h) Vertigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas, encefalitis, ataques o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresia, pulmonía, desgarró con sangre, tuberculosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Fiebre reumática, presión alta, molestias o dolores en el pecho, soplo al corazón, palpitaciones o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Úlcera del estómago o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangramiento rectal o anal o cualquier otra enfermedad al esófago, estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Nefritis, cálculo en el riñón o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, testículo, riñón o vías urinarias, presencia de albumina, azúcar o sangre en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Gota, artritis, reumatismo, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes o cualquier otra enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Bocio, colesterol elevado, albúmina en la orina o alguna enfermedad de las glándulas endócrinas, diabetes o azúcar en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Cáncer, quistes, tumores u otras lesiones de igual naturaleza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Ha padecido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, sida, herpes, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este documento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Tiene conocimiento de padecer trastornos de la audición, visión, cataratas, glaucoma o similares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u) Tiene conocimiento de padecer dermatitis u otros trastornos de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Preguntas específicas para Mujeres entre 16 a 42 años

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer actualmente tumores o enfermedades en el pecho, en los órganos genitales, menstruación irregular, abortos o complicaciones en embarazos o partos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Esta usted embarazada actualmente?, ¿De cuánto tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Su embarazo actual ha evolucionado sin problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Cuántos partos y/o cesáreas ha tenido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. MODALIDAD DE PAGOS

La Prima Anual es de \$us _____ (_____ /100 dólares americanos) al inicio de vigencia del contrato. La Prima varía según la edad y sexo del asegurado(a) y puede ser modificada de manera automática previa comunicación al asegurado(a).

Forma de Pago: Mensual Anual

NOTAS IMPORTANTES PARA SU SEGURO

1. Confirmando la exactitud de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, o alterado y doy por enterado(a) que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía. En caso de haber formulado una declaración reticente o inexacta sobre los hechos y circunstancias que conocidos por el Asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, estoy consciente que hacen anulable el presente contrato de seguro de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 993 y 994 del Código de Comercio vigente. Además autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios.
2. Queda entendido que esta solicitud no obliga a la Compañía a la celebración del Contrato de Seguro, cuando no tiene ninguna firma de acuerdo, pero en caso de que en definitiva se lleve a cabo el convenio, la presente declaración se considera incorporada en dicho Contrato de Seguro, previa firma de la Póliza por ambas partes.
3. Todas las declaraciones e informes dados en esta solicitud son ciertos y servirán de base al contrato con BISA Seguros y Reaseguros S.A., sujeto a las condiciones generales y particulares y/o especiales de la Póliza que el solicitante acepta en todas sus partes.

NOTAS ACLARATORIAS

Confidencialidad: Aclaramos que la información que se registre en este documento es confidencial entre el Cliente y BISA Seguros y Reaseguros S.A. - Grupo Financiero BISA, misma que será manejada con estricta reserva, en atención a los preceptos establecidos en artículos 21 y 24 de la Constitución Política del Estado, salvo requerimiento de autoridad judicial, fiscal, administrativa competente y facultada por Ley para solicitar dicha información.

Veracidad: La información que he proporcionado a BISA Seguros y Reaseguros S.A., respecto a mi identidad, domicilio, ocupación, actividad, nivel y origen de mis ingresos (si corresponde), es verdadera, auténtica y fidedigna, la misma que enviste calidad de Declaración Jurada y la condición de confesión, verdad y certeza jurídica de conformidad con el Art. 1322 del Código Civil y el Art. 426 del Código de Procedimiento Civil, aceptando de mi parte que en caso de inexactitud o falsedad la aplicación de las penalidades establecidas en el Art. 169 del Código Penal como falso testimonio.

Solicitud de Información: A través de la suscripción de éste documento autorizo a BISA Seguros y Reaseguros S.A., a solicitar y recibir información, mientras dure nuestro proceso contractual, de Burós de Información Crediticia (BIC), y de otras fuentes de información públicas y/o privadas.

Documentos de Respaldo: Dando cumplimiento con las disposiciones vigentes que rigen para Entidades Aseguradoras, y con el objeto de conocer, registrar y verificar de forma fehaciente la información de este formulario, se le solicita adjuntar la documentación de respaldo que BISA Seguros y Reaseguros S.A. requiera para este fin.

* Fecha (Día, Mes, Año): _____ / _____ / _____

Firma del Asegurado(a)*

*En caso que el Asegurado(a) fuese menor de edad
debe firmar el titular

Firma y Sello del Administrador

BISA Seguros y Reaseguros S.A.

El Asegurado reconoce que la firma incluida en este documento es suya y que la misma tiene pleno valor legal.

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA

El siguiente cuadro anexo sólo será completado por personal designado por la Compañía.

La Compañía: Acepta Rechaza a la persona declarante

Observaciones del Médico Auditor: _____

Aclaración (en caso de ser necesaria) _____
