

PLAN SEGURO DE VIDA

	Plan "A"	Plan "B"	Plan "C"	Plan "D"
Centroamericano	<input type="checkbox"/> Q.50,000	<input type="checkbox"/> Q.50,000	<input type="checkbox"/> Q.100,000	<input type="checkbox"/> Q.100,000
Internacional	<input type="checkbox"/> Q.150,000	<input type="checkbox"/> Q.150,000	<input type="checkbox"/> Q.200,000	<input type="checkbox"/> Q.250,000

PLAN SEGURO MÉDICO

Centroamericano	<input type="checkbox"/> "A"	<input type="checkbox"/> "B"	<input type="checkbox"/> "C"	<input type="checkbox"/> "D"
Internacional	<input type="checkbox"/> "A"	<input type="checkbox"/> "B"	<input type="checkbox"/> "C"	<input type="checkbox"/> "D"

PLAN DENTAL SÍ NO SERVICIO DE AMBULANCIA SÍ NO (Cubre sólo el territorio capitalino)

La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso de la compañía Aseguradora. Toda pregunta deberá ser contestada en la forma solicitada y escrita de puño y letra por el Tarjetahabiente.

1. Nombre del asegurado:

Primer apellido o apellido de soltera Segundo apellido o apellido de casada Nombres

2. Dirección residencial: _____ Tel: _____

3. Dirección comercial: _____ Tel: _____

4. Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

5. DPI: _____ NIT: _____

6. Sexo: F M Estado civil: _____ Estatura: _____

7. Descripción exacta de su ocupación o lugar de trabajo: _____ Peso: _____

8. Frecuencia de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

9. Emitir factura a: _____ NIT: _____

Dirección: _____

10. Nombre de sus familiares dependientes (Si desea cobertura de gastos médicos para ellos):

Nombre completo	Fecha de nacimiento		
	Día	Mes	Año
Cónyuge:			
Hijos:			

11. La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso de la compañía Aseguradora. Toda pregunta deberá ser contestada en la forma solicitada y escrita de puño y letra por el Tarjetahabiente.

	SI	NO	Nombre completo
Trastorno de las vías digestivas			
Trastorno de la sangre, anemia			
Venas varicosas			
Enfermedades cardíacas			
Desmayos o mareos			
Alta o baja presión arterial			
Convulsiones, parálisis, derrame cerebral			
Trastornos nerviosos, psicológicos o depresivos			
Tuberculosis			
Asma, bronquitis, tos crónica, enfisema			
Dolores de cabeza severos o migraña			
Artritis, reumatismo o gota			
Parasitismo			
Trastorno urinario, de próstata o de riñones			
Enfermedades venéreas			
Defectos o lesiones osteomusculares y neurológicas			
Lesiones de la cabeza o espina dorsal			
Diabetes, albúmina o azúcar en orina			
Cáncer, tumor, quiste			
Hernia			
Bocio, infecciones de la tiroides u otros trastornos glandulares			
Defecto, amputación o menoscabo físico			
Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta			
Enfermedades infecciosas, agudas o crónicas			
Enfermedades de la piel o alergias			
Cambio significativo de peso (10 libras o más) en el último año			
Trastornos femeninos (mamas, ginecológicos)			
Operación cesárea			
¿Está usted actualmente embarazada? (o su cónyugue)			
Alcoholismo (hábito a las bebidas alcohólicas)			
¿Padece de algún trastorno hereditario?			
Trastornos ortopédicos			
Trastornos del sistema inmunológico			
¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, enfequinas, drogas (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?			
Trastorno del recto			
Trastorno de la vesícula biliar			
Prostatitis			

12. ¿Ha consultado el tarjetahabiente o alguno de sus familiares dependientes, un médico durante los últimos doce meses?

Sí No

13. ¿Se le ha recomendado al tarjetahabiente o alguno de sus familiares dependientes, someterse a alguna cirugía o a un tratamiento médico?

Sí No

14. ¿Ha estado el tarjetahabiente o alguno de sus familiares dependientes, alguna vez en el hospital, clínica o dispensario por razones de diagnóstico o tratamiento?

Sí No

Si cualquiera de las respuestas 11, 12, 13 o 14 es afirmativa, detalle a continuación:

FECHA	ASEGURADO O DEPENDIENTE	DOLENCIA O TRATAMIENTO	DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO	HOSPITAL

Nombre de su médico de cabecera: _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente solicito a la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE OCCIDENTE, S.A. la protección de Seguro por la cantidad o cantidades, forma o formas por las cuales soy o llegaré a ser elegible bajo el trato de Seguro Colectivo emitido a Tarjetas de Crédito de Occidente, y autorizo a éste a que mensualmente hago cargo a mi tarjeta de crédito de la cantidad requerida, para cubrir mi cuota de las primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicho cargo en cualquier tiempo, mediante aviso escrito al contratante.

En caso de ser aceptada mi solicitud, nombro como beneficiario de mi Seguro de Vida a:

BENEFICIARIOS

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE

En caso de ser aceptada mi solicitud, que es la única base para la expedición del Seguro a mi favor declaro que las respuestas suministradas en esta solicitud son exactas y verídicas y que cualquier falsedad, omisión o inexactitud dará lugar a que SEGUROS DE OCCIDENTE, S.A. dé por cancelado el contrato de seguro o la negación del pago de algún reclamo tal y como lo contemplan los artículos 880, 890 y 908 del Código de Comercio.

AUTORIZACIÓN MÉDICA. Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otra organización o persona que me haya prestado servicios de salud para que suministre a SEGRUSO DE OCCIDENTE, S.A. cualquier información respecto a tratamientos, enfermedades o accidentes sufridos por mi y mis familiares dependientes, antes o después de la vigencia de esta póliza, así como historial médico, consultas, recetas, placas de rayos X, resultados de exámenes de laboratorio y copias de todos los informes médicos o de hospital. Una copia auténtica de esta información será considerada tan efectiva y válida como el original.

Tarjeta de crédito No.: _____ Fecha de vencimiento: _____

Emisor de la tarjeta: _____

SI EL SEGURO ES PAGADO POR UNA PERSONA DISTINTA AL ASEGURADO

Nombre del tarjetahabiente: _____ Tarjeta No: _____

Emisor de la tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: _____

Firma tarjetahabiente: _____

Firma del asegurado

Fecha

(PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DE OCCIDENTE)

Agente: _____

Código: _____

Certificado No.: _____ Monto a descontar: _____ Frecuencia: _____

Observaciones: _____

Solicitud denegada:

Fecha efectiva: _____

Solicitud aprobada:

Firma