



LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

N° Póliza GM- _____ VIGENCIA _____
Contratante _____
Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____
Profesión _____ Ocupación _____
Estado Civil _____ Estatura _____ Mts. Peso _____ Lbs.

Solicito inscribir en el Seguro de Gastos Médicos al grupo familiar siguiente:

NOMBRE	SEXO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

DECLARACION DE SALUD

- Nombre, dirección y teléfono del Médico que atiente o ha atendido a la familia. _____
- Hospital donde el solicitante o algún miembro del grupo familiar ha estado internado en los últimos cinco años, indicando quién, cuánto, causa del ingreso y resultado del tratamiento. _____
- Está la esposa o compañera de vida embarazada o se sospecha que lo esté? SI () NO ()
- Ha sido sometido usted o algún miembro de su grupo familiar a alguna operación quirúrgica? SI () NO ()
En caso afirmativo detalle el tipo de operación practicada, nombre del médico que la practicó, fecha de la operación y nombre del familiar que le practicó la operación. _____
- El solicitante o algún miembro del grupo familiar a asegurar padece actualmente de alguna enfermedad? SI () NO ()
Si la respuesta es afirmativa, favor proporcionar la siguiente información: padecimiento, fecha inicio, tratamiento actual.

Hago constar que las declaraciones y respuestas que anteceden son correctas, completas y verdaderas. Estoy de acuerdo en que sirvan de base para la emisión del Seguro que solicito.

AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizó a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares, para que suministren a LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A., las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona o a la de mis familiares. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

San Salvador, _____

SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE