



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

POLIZA N° \_\_\_\_\_ VIGENCIA \_\_\_\_\_  
 Contratante \_\_\_\_\_  
 Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Protestón \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Mts. Peso \_\_\_\_\_ Lbs.

Solicito Inscribir en el Seguro de Gastos Médicos el grupo familiar siguiente:

| NOMBRE | SEXO | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO |
|--------|------|------------|---------------------|
|        |      |            |                     |
|        |      |            |                     |
|        |      |            |                     |
|        |      |            |                     |
|        |      |            |                     |

**Antecedentes de Salud**

1. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o síntomas?

|                                     | SI    | NO    |  | SI    | NO    |
|-------------------------------------|-------|-------|--|-------|-------|
| Reumatismo o Artritis .....         | _____ | _____ | Enfermedades de los Riñones .....        | _____ | _____ |
| Angina de Pecho .....               | _____ | _____ | Enfermedades de la Próstata.....         | _____ | _____ |
| Infarto del Corazón.....            | _____ | _____ | Enfermedades de la Vejiga.....           | _____ | _____ |
| Otras Enfermedades del Corazón..... | _____ | _____ | Diabetes.....                            | _____ | _____ |
| Enfermedades de la Circulación..... | _____ | _____ | Tumor 6 Cáncer.....                      | _____ | _____ |
| Tensión Arterial Alta o Baja.....   | _____ | _____ | Pérdida del Conocimiento.....            | _____ | _____ |
| Bronquitis Crónica o Asma .....     | _____ | _____ | Epilepsia.....                           | _____ | _____ |
| Enfermedades de la Tiroides .....   | _____ | _____ | Chancro, Gonorrea, Sífilis.....          | _____ | _____ |
| Tuberculosis.....                   | _____ | _____ | Paludismo.....                           | _____ | _____ |
| Úlcera del Estómago.....            | _____ | _____ | Otras enfermedades que le hayan obligado |       |       |
| Úlcera de Duodeno.....              | _____ | _____ | a interrumpir en los últimos 10 años su  |       |       |
| Trastornos de la Digestión .....    | _____ | _____ | actividad profesional durante más        |       |       |
| Enfermedades del Hígado .....       | _____ | _____ | de 15 días consecutivos.....             | _____ | _____ |
| Enfermedades de la Vesícula.....    | _____ | _____ | SIDA.....                                | _____ | _____ |
| Biliar.....                         | _____ | _____ |  |       |       |

2. ¿Ha estado en tratamiento con algún Médico, Hospital 6 Clínica? \_\_\_\_\_
3. Si la respuesta para alguna de las preguntas 1. y 2. Que anteceden es afirmativa indíquese además
- a) Fecha de Padecimiento: \_\_\_\_\_
- b) Nombre del Médico, Hospital 6 Clínica y su dirección: \_\_\_\_\_
- c) Detalles del Padecimiento y Tratamiento \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sufrido algún accidente 6 tiene alguna alteración física? (Dar detalles en su caso) \_\_\_\_\_
5. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (Dar detalles en su caso) \_\_\_\_\_
6. ¿Se encuentra usted actualmente en perfecto **estado de** salud y sin síntoma alguno? (Dar detalles en su caso) \_\_\_\_\_

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 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 una 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 tan efectiva y válida como la original.

San Salvador, \_\_\_\_\_ SOLICITANTE \_\_\_\_\_