

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES Y SALUD

**SOLICITUD DE SEGURO GASTOS MEDICOS**

- PÓLIZA INDIVIDUAL       GASTOS MEDICOS DEL I.N.S.  
 PÓLIZA COLECTIVA       GASTOS MEDICOS SERIE 2000  
 POLIZA DE GRUPO       POLIZA HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA Y MATERNIDAD

**CONDUCTO DE COBRO:**

- 01 Deducción Mensual       04 Agencia Bancaria       07 Puest.Seg.       10 Otros  
 02 Agente Solicitador       05 Sucursal INS       08 Comercializadora       Tarjeta  
 03 Agente Recaudador       06 Ofic.Ctrales       09 Cargo Automático:       Cuenta

**SEGURO EN:**

- Colones  
 Dólares

**No. DE POLIZA**

**FORMA DE PAGO:**

- 12 Anual       06 Semestral       03 Trimestral  
 01 Mensual Corriente       01 Deducción Mensual       99 Otros

**VIGENCIA PRIMERA CUOTA:**

DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_  
 Día / Mes / Año      Día / Mes / Año

**Incluye al Solicitante:**       SI       NO

Nombre del solicitante (Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre):  
**NAME OF APPLICANT**      No. de Cédula  
**ID NUMBER**

Fecha de Nacimiento: **BIRTH DD/MM/YEAR**      Edad: **AGE**      Sexo: **SEX**      Estado Civil: **MARRIED**  
 Femenino       Masculino      **SINGLE, DIV, WIDOW**      Estatura: **HEIGHT** mts      Peso: **WEIGHT** kgrs

Ocupación: **OCCUPATION**      Dirección de Correo Electrónico: **EMAIL ADDRESS**      No. Teléfono: **PHONE N°**      No. de Fax: **FAX N°**

Dirección Domicilio (Señas, # de Casa, Población):  
**STREET ADDRESS**      Apartado-Código Postal: **PO BOX**

Nombre del patrono: \_\_\_\_\_      No. Teléfono: \_\_\_\_\_      No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio (Señas, # de Casa, Población): \_\_\_\_\_      Apartado-Código Postal: \_\_\_\_\_

**SUMA ASEGURADA:** \$/C ( \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ 00/100 )

Nombre Completo	Parentesco	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Peso kgrs	Estatura mts
<b>NAMES OF SPOUSE AND DEPENDENTS BEING INSURED</b>	<b>RELATIONSHIP (SPOUSE, SON, COMPANION, ETC)</b>	<b>M OR F</b>	<b>AGE</b>	<b>DATE OF BIRTH DD/MM/YEAR</b>	<b>WEIGHT IN KILOGRAMS</b>	<b>HEIGHT IN METERS</b>

Si algunos miembros de la familia no se incluyen, indique el motivo:  
**FROM HERE DOWN THE QUESTIONS APPLY TO EVERYONE WHO IS BEING INSURED.**

- ¿Gozan de buena salud? Si su respuesta es NO, indique quién (es) y el tipo de anomalía, enfermedad o traumatismo.  
**ARE YOU IN GOOD HEALTH? IS BEING INSURED.**
- ¿Han sido rechazados, postpuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización? Si la respuesta es SI, indique quién (es) y el tipo de seguro respectivo.  
**HAVE YOU EVER HAD AN APPLICATION FOR HEALTH OR LIFE INSURANCE REJECTED?**
- ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y por qué conceptos.  
**ARE YOU RECEIVING INDEMNITY FOR ACCIDENT OR SICKNESS?**
- ¿Utiliza bebidas alcohólicas? Si su respuesta es SI, indique quién (es), así como su clase, cantidad y frecuencia respectivamente.  
**DO YOU USE ALCOHOL? TYPE, AMOUNT, FREQUENCY.**
- ¿Han tenido síntomas o han padecido de deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quien (es).  
**HAVE YOU HAD SYMPTOMS OF AIDS?**
- ¿Han recibido tratamiento al respecto? Si su respuesta es SI, indique quién (es).  
**DID YOU RECEIVE TREATMENT FOR AIDS?**
- ¿Les han recomendado realizarse algún examen sanguíneo para determinar deficiencia inmunológica? Si la respuesta es SI, indique quién (es) y el motivo; dar fecha, resultados, lugar donde se practicó (aron) el (los) examen (es) y su causa.  
**HAVE YOU EVER BEEN ADVISED TO TAKE AN AIDS TEST? WHY? BY WHOM? DATE? WHO DID THE TEST? RESULTS?**

ESTE APARTE ES ÚNICAMENTE PARA LA PÓLIZA DE GASTOS MEDICOS DEL I.N.S.

Nombre	Parentesco	No. Teléfono
<b>(IF YOU WERE TO DIE, INS PAYS A DEATH BENEFIT TO A BENEFICIARY)</b>		
<b>NAME OF BENEFICIARY</b>	<b>RELATIONSHIP</b>	<b>PHONE NUMBER</b>

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DEL SOLICITANTE

Indique si alguno (s) del (los) solicitante (s) ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades. Marque con una x.

- SI  NO Alcoholismo
- SI  NO Dolores de cabeza persistentes
- SI  NO Migraña
- SI  NO vértigo o mareos
- SI  NO Convulsiones
- SI  NO Parálisis
- SI  NO Derrames cerebrales
- SI  NO Problemas nerviosos
- SI  NO Depresión o nervios
- SI  NO Ansiedad
- SI  NO Estrés
- SI  NO Enfermedades mentales de cualquier tipo
- SI  NO Epilepsia
- SI  NO Enfermedades de los ojos
- SI  NO Catarata
- SI  NO Problema de retina
- SI  NO Problemas de la visión (indique el grado de pérdida)
- SI  NO Enfermedad de los oídos
- SI  NO Sordera
- SI  NO Infecciones de los oídos
- SI  NO Enfermedades de la tiroides
- SI  NO Bocio
- SI  NO Quistes, tumores de la tiroides
- SI  NO Trastornos de la voz
- SI  NO Ronquera crónica
- SI  NO Tos crónica
- SI  NO Asma
- SI  NO Tos persistente
- SI  NO Pleuresia o pulmonía
- SI  NO Bronquitis o enfisema
- SI  NO Tuberculosis
- SI  NO Enfermedades de los pulmones
- SI  NO Padecimientos de la garganta
- SI  NO Enfermedades de las amígdalas y/o adenoides
- SI  NO Trastornos de la nariz
- SI  NO Desviación del tabique nasal
- SI  NO Crecimiento de los cometes

- SI  NO Rinitis crónica
- SI  NO Sinusitis
- SI  NO Ahogos o falta de aire
- SI  NO Trastornos del sistema circulatorio
- SI  NO Enfermedades del corazón
- SI  NO Afeciones del corazón
- SI  NO Presión arterial alta
- SI  NO Fiebre reumática
- SI  NO Dolores de pecho (angina)
- SI  NO Arritmias cardíacas
- SI  NO Varices o úlceras varicosas
- SI  NO Enfermedades del estómago
- SI  NO Enfermedades del esófago o intestino
- SI  NO Hemorroides
- SI  NO Cálculos
- SI  NO Colitis
- SI  NO Gastritis
- SI  NO Cólicos del hígado
- SI  NO Enfermedades de la vesícula biliar
- SI  NO Úlcera gástrica o duodenal
- SI  NO Hernia hiatal
- SI  NO Sangrado digestivo
- SI  NO Enfermedades de riñones o vejiga
- SI  NO Enfermedades de las vías urinarias
- SI  NO Infecciones urinarias
- SI  NO Albúmina
- SI  NO Piedras
- SI  NO Enfermedades venéreas del pene o los testículos
- SI  NO Enfermedades de la próstata
- SI  NO Sífilis
- SI  NO Enfermedades del recto o ano
- SI  NO Cólico hepático o renal
- SI  NO Enfermedades del útero
- SI  NO Enfermedades de los ovarios o trompas
- SI  NO Infecciones órganos genitales
- SI  NO Endometriosis
- SI  NO Desórdenes menstruales
- SI  NO Quistes

LIST OF DISEASES AND CONDITIONS. CHECK "SI" IF YOU HAVE (OR HAVE HAD) AN AILMENT. THEN GIVE DETAILS BELOW.

- SI  NO Miomas
- SI  NO Fibromas
- SI  NO Enfermedades de las glándulas mamarias
- SI  NO Fibroquistes
- SI  NO Problemas con el tamaño de los senos
- SI  NO Infertilidad
- SI  NO Enfermedades de la columna vertebral
- SI  NO Lumbago
- SI  NO Deformidades
- SI  NO Escoliosis
- SI  NO Xifosis o lordosis
- SI  NO Dolor persistente o crónico
- SI  NO Hernia
- SI  NO Ciática
- SI  NO Reumatismo
- SI  NO Artritis
- SI  NO Gota
- SI  NO Inflamación de los músculos
- SI  NO Fibromialgia
- SI  NO Osteoporosis
- SI  NO Amputaciones
- SI  NO Defectos físicos
- SI  NO Infecciones en los huesos
- SI  NO Hemias de cualquier tipo
- SI  NO Hidrocele
- SI  NO Lifomas o tumores de grasa
- SI  NO Quistes, lunares o tumores de la piel
- SI  NO Inflamaciones de la piel
- SI  NO Enfermedades de la piel
- SI  NO Cáncer o cualquier tipo de tumor
- SI  NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura
- SI  NO Diabetes
- SI  NO Azúcar en la orina
- SI  NO Padecimiento del sistema endocrino
- SI  NO Sobrepeso, obesidad
- SI  NO Otros padecimientos
- SI  NO Otras enfermedades

En caso afirmativo, de detalles completos a continuación

Nombre	Nombre Médico Clínica u Hospital	Anomalías Enfermedad o traumatismo	Fecha de inicio	No. de ataques o crisis	Duración de la Enfermedad	Resultado del Tratamiento
WHO HAD THE AILMENT OR CONDITION?	NAME OF DOCTOR WHO GAVE TREATMENT	NAME OF AILMENT?	DATE WHEN IT STARTED?	NUMBER OF CRISIS	DURATION OF THE CONDITION OR CONDITION	RESULT OF THE TREATMENT?

**DECLARACION SOLICITANTE**  
 Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado, y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (incluyendo copias de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que esta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto.

<p><b>MAIN APPLICANT SIGNS HERE</b></p> <p>_____</p> <p>Firma y No. de cédula del Solicitante</p>	<p>LUGAR: <u>COSTA RICA</u></p> <p>FECHA: <u>DATE WHEN YOU SIGNED DD/MM/YEAR</u></p>	<p><b>THE AGENT SIGNS HERE</b></p> <p>_____</p> <p>Nombre, firma y número de Agente</p>
---	--	---

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO**

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES: (IN ADDITION TO THIS FORM FOR THE FAMILY, EACH PERSON BEING INSURED MUST SIGN THE SMALL FORM "AUTORIZACION PARA CONSULTA." PARENTS MAY SIGN FOR MINORS.)

<p>ACEPTADA:</p>	<p>AUTORIZADO:</p>
------------------	--------------------

SEGURO: TYPE OF INSURANCE (PLAN 16, REGIONAL OR INTERNATIONAL)

Yo NAME OF PERSON BEING INSURED, Cédula N°. LD. NUMBER autorizo expresamente y en forma inequívoca a los funcionarios que el Instituto Nacional de Seguros designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

En caso de haber sido declarado inválido, autorizo la revisión y recolección de los datos del sumario de invalidez, ya sea de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra entidad que la haya otorgado.

Lo anterior, cuando dicha información se requiera en el proceso de Selección de Riesgos o para el trámite de cualquier reclamo interpuesto por mi o por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

FECHA: DATE DD/MM/YEAR

FIRMA: SIGNATURE OF PERSON BEING  
INSURED (OR PARENT)