



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES Y SALUD

SOLICITUD DE SEGURO GASTOS MÉDICOS

- 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 Dedución 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 PÓLIZA

FORMA DE PAGO:

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

VIGENCIA PRIMERA CUOTA:

DESDE: Día / Mes / Año HASTA: Día / Mes / Año

DATOS DE LA PÓLIZA

DATOS DEL SOLICITANTE

Incluye al Solicitante: SI NO

Nombre del solicitante (Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre):

No. de Cédula

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

- Femenino Masculino

Estado Civil:

Estatura:

Peso:

mts Lbs

Ocupación:

Código:

Dirección de Correo Electrónico

No. Teléfono:

No. de Fax

Dirección Domicilio (Señas, # de Casa, Población):

Apartado-Código Postal

Nombre del patrono:

No. Teléfono:

No. de Cédula

Dirección Domicilio (Señas, # de Casa, Población):

Apartado-Código Postal

DATOS SEGURO

SUMA ASEGURADA: ₡/\$ _____ (_____ 00/100)

DEPENDIENTES

Nombre Completo	Cédula	Parentesco	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Peso Lbs	Estatura mts

Si algunos miembros de la familia no se incluyen, indique el motivo:

INFORMACION GENERAL DE LOS ASEGURADOS

- ¿Gozan de buena salud? Si su respuesta es NO, indique quién (es) y el tipo de anomalía, enfermedad o traumatismo.
- ¿Han sido rechazados, pospuestos 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.
- ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y por qué conceptos.
- ¿Utiliza bebidas alcohólicas? Si su respuesta es SI, indique quién (es), así como su clase, cantidad y frecuencia respectivamente.
- ¿Han tenido síntomas o han padecido de deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quien (es).
- ¿Han recibido tratamiento al respecto? Si su respuesta es SI, indique quién (es)
- ¿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.

BENEFICIARIOS

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

Nombre	Parentesco	No. Teléfono

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.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alcoholismo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rinitis crónica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Miomas |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sinusitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibromas |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Migraña | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ahogos o falta de aire | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las glándulas mamarias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vértigo o mareos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos del sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibroquistes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas con el tamaño de los senos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Parálisis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Afecciones del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infertilidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Derrames cerebrales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lumbago |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Depresión o nervios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de pecho (angina) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Deformidades |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ansiedad | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Arritmias cardíacas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estrés | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Varices o úlceras varicosas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Xifosis o lordosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades mentales de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del estómago | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolor persistente o crónico |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del esófago o intestinos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ojos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hemorroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ciática |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Catarata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cálculos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema de retina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Colitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas de la visión (indique el grado de pérdida) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gastritis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gota |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de los oídos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cólicos del hígado | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de los músculos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sordera | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones de los oídos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Úlcera gástrica o duodenal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hemia hiatal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Amputaciones |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bocio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sangrado digestivo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Defectos físicos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, tumores de la tiroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de riñones o vejiga | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones en los huesos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la voz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernias de cualquier tipo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ronquera crónica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hidrocele |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tos crónica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Albúmina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lifomas o tumores de grasa |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, lunares o tumores de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tos persistente | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades venéreas del pene o los testículos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamaciones de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pleuresia o pulmonía | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la próstata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bronquitis o enfisema | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sífilis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer o cualquier tipo de tumor |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del recto o ano | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los pulmones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cólico hepático o renal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimientos de la garganta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del útero | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Azúcar en la orina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las amígdalas y/o adenoides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ovarios o trompas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimiento del sistema endocrino |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la nariz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones órganos genitales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sobrepeso, obesidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desviación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Endometriosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros padecimientos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Crecimiento de los cornetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desórdenes menstruales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otras enfermedades |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes | |

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

DECLARACIÓN 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.

Firma y No. de cédula del Solicitante	LUGAR: _____ FECHA: _____	Nombre, firma y número de Agente
---------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES:

ACEPTADA:

AUTORIZADO:

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Dirección de Seguros Personales

AUTORIZACION PARA CONSULTA
DE EXPEDIENTES

SEGURO: _____

Yo _____, Cédula N°. _____ 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: _____

FIRMA: _____

INS F-200-062 2,200/50 IE-105-04-2000

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Dirección de Seguros Personales

AUTORIZACION PARA CONSULTA
DE EXPEDIENTES

SEGURO: _____

Yo _____, Cédula N°. _____ 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: _____

FIRMA: _____

INS F-200-062 2,200/50 IE-105-04-2000