

I. EXCLUSIVO PARA EL ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR (DEBERÁ COMPLETAR UNO (1) POR CADA PERSONA)

DATOS LABORALES

Nombre del Contratante
Póliza No. Certificado No.

DATOS GENERALES DEL EMPLEADO/ ASEGURADO

Nombre Completo Fecha de Nacimiento / /
Edad Sexo Estado Civil Peso (lbs) Talla (cm) ISSS

II. DECLARACION DE SALUD

DEBERÁ RESPONDER LA PREGUNTA Y AMPLIAR EN CASO SEA NECESARIO

1. ¿Ha sido hospitalizado en UCI o ha requerido ventilación mecánica por COVID hace menos de 1 año? Si No

En caso afirmativo ampliar:

III. POR FAVOR ASEGURESE DE FIRMAR Y FECHAR LA DECLARACION QUE APARECE A CONTINUACIÓN:

YO DECLARO QUE:

1. Toda la información dada en este formulario es veraz y completa, y que este formará parte integrante de cualquier contrato de seguro que se emita a mi favor.
2. Estoy consciente que las declaraciones falsas o la ocultación de información puede causar la pérdida de los derechos del contrato y/o anularlo.

F. _____
CONTRATANTE

SELLO

SOLICITANTE

/ /
FECHA

AUTORIZO

3. Al Instituto Salvadoreño del Seguro Social y demás Instituciones médicas y médicos que me hayan asistido en relación a mi salud, a brindar información en cualquier momento que sea solicitada por MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
4. Por este medio autorizo expresamente a esa Compañía, para que pueda obtener y compartir información sobre mi persona (o sobre mi representada), para fines meramente de seguros y evaluación; relevándola desde ya, de cualquier acción legal que en su contra pretendiera iniciar o continuar, ya que mi autorización es expresa para estos efectos.

F. _____
SOLICITANTE

/ /
FECHA