

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Sección	A - Dat	tos Genera	les para	ser (comple	tado p	or e	Empl	eado			
		lamente guro de Vida				Seguro de Gastos						
Inclusión solo para Asegurado Principal	Inclusión para Asegurado Principal y Dependientes						Inclusión solo para Dependientes					
	HI	_	No. de		za					onada	por el Asegurado	
Fecha de ingreso a laborar en la e	mpresa c	ontratante /					1					
Nombre Completo del Asegurado	No. Identidad				Sexo: Masculino Edad							
			Tipo de identificación				Femenino					
Fecha de Nacimiento (Día - Mes - Año)			Lugar de Nacimiento Ciudad:				nto			7 Po	(c)	
Profesión, ocupación u oficio	Municipio: De do Civil				pto. País: Ingreso Mensual							
		Nomb	re del Cóny	uge								
	atura:			Me	édico de (Cabecer	a (El o	que usua	alment	te con	sulta)	
Kilos: Mts	S				Но	ospital o	Clínic	a que lo	atiend	de	-	
Dirección completa de residencia			Teléfono: Residencia:				Of	icina:		Ce	elular:	
Empresa donde trabaja	Á	E-mail:				Cargo			Tiempo de Laborar			
Dirección Laboral: Municipio	Dep	artamento FM	1 HC	aís,	777 Te	eléfono 34-52	31	Fax		Cor	reo Electrónico	
	-	endiente:						uro N	lédic	co		
Nombre Completo Sexo		Parentesco		Ocupación		Estatu	Fecha de		de	Edad	N° de	
			,		0 100 2 100			Nacimi	ento		Identidad	
v.												
Sección C - Cue ¿Ha tenido alguna vez usted o a evidente(s) que aun no ha recibio tratamiento o cirugía por alguna de la	gún depe o atencio as siguier	endiente nom ón médica, ha	brado algur a padecido, es:	na (s) ha s	condició do inforn	n (es), s nado de	signo que	(s) o sí	ntoma	(s) n	nanifestado (s) y/	
F	reguntas						Si	No	No		a Persona para quien ativa la respuesta	
Padecimientos Cerebro vasculares incluyendo lo	us, Tumores	Cerebrales, migraña	, dolores de cabe.	za, embo	olia, traumas y	/ otros.		1			·	
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso i	ncluyendo der	oresión, ansiedad, ep	oilepsia, bulimia, a	anorexia,	ideas suicida	is y otros.		1				
 Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial, angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados, colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, flebitis, alteraciones vasculares, soplos y otros. 												
4. Padecimientos de la vista o de los oídos.								1				
5. Padecimientos del sistema respiratorio incluyendo asma, EPOC, enfisema, bronquitis				s crónica, hiperactividad bronquial y otros.				1				
6. Sistema digestivo incluyendo hernia hiatal, gastr				Day 1910 School						, 5		
Padecimientos del Sistema Urinario, litiasis, tumo hematuria con glucosa en orina.	ores de vejiga	, pielo nefritis, hidron	ietrosis, examene	es de orir	a con protein	uria y/o		V				
Padecimientos de los órganos reproductores ma y otros.	sculinos o fen	neninos incluyendo e	ndometriosis, mid	omatosis	, citología con	alteración		1				
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, s	angrados y tra	astornos de la coagu	lación.					1				
10. Transtornos endocrinos como diábetes y/o hipe				de Cush	ng y otros.			1				
Trastornos de la piel y Colagenos como Lupus, Padecimientos del Sistema Músculo Esquelétic								1				

Р	reguntas					Si	No	Nombre es af	de la Persona para quien firmativa la respuesta
13. Cualquier tipo de quistes, nódulos, tumores o cá	áncer.						1		
14. Problemas alcohólicos o problemas de drogas.							1		
15. Problemas de la columna vertebral, incluyendo l	hernia discal	lumbago,	tumores y otros.				1		
16. Le han realizado a usted o sus dependientes alç	gún examen (especial de	laboratorio, ultrasonido,	namografía, laparos	scopía u otro?		1		
17. Ha estado usted o sus dependientes recluido en	n un hospital	o instituciór	n similar?				1		
18. Esta usted o alguno de sus dependientes nombr	rados embara	azada actu	almente?				1		
19. Ha recibido usted o alguno de sus dependientes							/		
20. Practica usted o alguno de sus dependientes alg							1		
				1					
21. Usted o alguno de sus dependientes ha sido sor							/		
22. Ha padecido usted o alguno de sus dependiente							1		
23. Se le ha aconsejado a usted o alguno de sus de						aio O	1		
24. Ha habido para usted o sus dependientes alguna c								allaitural farran	
Si ha respondido SI a cualquiera de las pre- paciente, diagnóstico, cirugía o tratamiento y/o								olicitua, favor	especificar nombre de
			Diagnóstico	Tratami	Fecha		Médico u Hospital		
#? Nombre		•	Diagnostico	ITataiiii	Fecha		IVICAIO	- u i iospitai	
*									
								21	p
							4		
	į.								
Alguna vez alguna compañía de Se	eguros le	ha den	egado aplazado	o limitado un	seguro de v	vida de a	ccide	ntes	
o de salud a usted o alguno de sus			ogado, apiazado	o miniado an	oogaro do	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	100100	,	SINO
Ha solicitado o recibido beneficios o			in incapacidad o	algrin otro tir	oo de henefi	cio médic	o de	alguna	
compañía de seguros?	ao nooph	anzaore	ori, irroapaolada o	argan on o up	oo do borion	olo Illouic	,	aiguna	SINO
¿Tiene o ha tenido usted o alguno	de los d	ependie	entes nombrados	alguno de los	s siguientes	seguros?	?		
Tipo de Seguro	SI	NO	Nombre del A	Asegurado	guradora	a	Núm	ero de Póliza	
Salud		1							
Salud Vida		1							
• Vida		1							
Vida Accidentes Personales		1						-	
• Vida	e Bene	J J ficiario	os (Aplica solo p	oara el Bene	eficio de Vid	da) Sum	a Ase	egurada Lp	os.
 Vida Accidentes Personales Sección D - Designación							-		Porcentaje %
Vida Accidentes Personales				para el Bene			a Ase		
 Vida Accidentes Personales Sección D - Designación							-		
 Vida Accidentes Personales Sección D - Designación							-		
 Vida Accidentes Personales Sección D - Designación							-		
 Vida Accidentes Personales Sección D - Designación							-		
Vida Accidentes Personales Sección D - Designación de Nombre completo del Ber	neficiari	o Princ	ipal F		imiento	Pa	-	esco	Porcentaje %
Vida Accidentes Personales Sección D - Designación de Nombre completo del Ber Nombre completo del Benefic	neficiari	o Princ	ipal Formation of the second s	echa de Naci	dad	Pa	Sarente	esco	Porcentaje % Porcentaje %
Vida Accidentes Personales Sección D - Designación de Nombre completo del Ber	neficiari	o Princ	ipal Formation of the second s	echa de Naci	dad	Pa	Sarente	esco	Porcentaje % Porcentaje %
Vida Accidentes Personales Sección D - Designación de Nombre completo del Ber Nombre completo del Benefic EN ESTE CASO Designación de Proposition de Propositio	ciario de	Contin	ipal Formal Property of the Indian Property o	o. de Indenti	dad N BEN	Pa Pa IEFIC	Sarente LIA	Sco RIO Q	Porcentaje % Porcentaje % UE NO
Vida Accidentes Personales Sección D - Designación de Nombre completo del Ber Nombre completo del Benefic	ciario de	Contin	ipal Formal Property of the Indian Property o	o. de Indenti	dad N BEN	Pa Pa IEFIC	Sarente LIA	Sco RIO Q	Porcentaje % Porcentaje % UE NO
Nombre completo del Benefic EN ESTE CASO E ESTÉ EN LA	ciario de LIST	Contine RÁ	ngencia NAGREGA	o. de Indenti	dad N BEN	Pa Pa IEFIC S PR	Sarente INC	SCO RIO Q	Porcentaje % Porcentaje % UE NO ES.
Nombre completo del Benefic EN ESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afiliar activamente en la fecha efectiva del convenio de afiliar.	ciario de DEBELIST.	Continue Con	ipal Formal Property of the Control	o. de Indenti NEFIC	dad N BEN IARIO HONDURAS asi	Pa Pa IEFIC S PR	Sarente IA IN G	esco RIO Q CIPAL	Porcentaje % Porcentaje % UE NO ES.
Vida Accidentes Personales Sección D - Designación de Nombre completo del Beresonales Nombre completo del Beneficion del Beneficio	ciario de DEBE	Continue Con	ngencia N AGREGA ELOS BE a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobr	o. de Indenti AR A UI ENEFIC itido por MAPFRE e la base de contribu	dad N BEN IARIO HONDURAS asi	Pa Pa IEFIC S PR mismo el seg i empleador a	Sarente IA INC	esco RIO Q CIPAL será efectivo si nor de mi salario la p	Porcentaje % Porcentaje % UE NO ES. Dime encuentro trabajando rima correspondiente.
Nombre completo del Benefic EN ESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos con la contra de la convenio que el presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos con la contra de la convenio de activa de grupo que tengan datos con la contra de la convenio de activa de grupo que tengan datos con la contra de la convenio de activa de grupo que tengan datos con la contra de la convenio de activa de grupo que tengan datos con la contra de la	ciario de DEBELIST.	Continue Con	ipal Formal Property of the Property of the Section 1981 AGRE GA ELOS BE at the section of the Section 1981 at the Section 198	o. de Indenti AR A UN INEFIC itido por MAPFRE e la base de contribu. a institución guberna ferencia a cualquier	dad N BEN IARIO HONDURAS asi ución, autorizo a m amental o cualquia	Pa Pa Pa IEFIC S PR mismo el segui empleador a en otro proveenen, dictamen	arente IA ING	esco RIO Q CIPAL será efectivo si nor de mi salario la pervicios médicos, talización, a dar a	Porcentaje % Porcentaje % UE NO ES. o me encuentro trabajandoririma correspondiente. o asegurador o empleado a MAPFRE HONDURAS o a MAPFRE HONDURAS o a magnina de la marcenta del marcenta de la marcenta de la marcenta del marcenta de la marcen
Nombre completo del Beneficio EN ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de affilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos esus representantes autorizados esta información, la organización o persona que tenga cualquier informacion, a organización o persona que tenga cualquier información.	ciario de DEBE LIST, uro no será efición de mí en l, Clínica, IHS; o informaciór cual puede ir	ectivo hastanpleador. S. S., Ministeriria sobre mi calculuir inform	ipal Formal AGREGA AGREGA E LOS BE a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro mis dependientes con reo mación sobre tratamiento	o. de Indenti RAUI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam	dad N BEN HONDURAS asis ución, autorizo a m amental o cualquia r tratamiento, exar ilento contra el us	Parismo el segui empleador a er otro proveenon, dictamero o de drogas n	arente INC guro no s a deducir dor de se n u hospi arcóticas	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la p ervicios médicos, talización, a dar a so o de alcohol. Ta	Porcentaje % Porcentaje % UE NO D me encuentro trabajando rima correspondiente. o asegurador o empleado a MAPFRE HONDURAS o ambién autorizo a cualquie
Nombre completo del Beneficia EN ESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos eus representantes autorizaciós esta información, la organización o persona que tenga cualquier informaciesta autorización será tan válida como su original. Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que rec	ciario de DEBE LIST, ro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte	ectivo hastanpleador. S S, Ministeriris te incluir informate, no med	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro de salud y cualquier otro ación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes cualquier información	o. de Indenti RAUI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu. a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa, solicitud de informa, solicitud de informa.	dad HONDURAS asi ución, autorizo a m tratamiento, exar ilento contra el usi ación a MAPFRE H ación o notificació	Parismo el sego di empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de	arente INC guro no s a deducir dor de se arcóticas o a sus re	esco RIO Q CIPAL será efectivo si nor de mi salario la pervicios médicos, talización, a dar as o de alcohol. Ta presentantes aut	Porcentaje % Porcentaje % UE NO ES. Di me encuentro trabajando rima correspondiente. Di asegurador o empleado a MAPFRE HONDURAS o armbién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva
Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic ENESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos o sus representantes autorizados esta información, la organización o persona que tenga cualquier informacista autorización será tan válida como su original.	ciario de DEBE LIST, ro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte	ectivo hastanpleador. S S, Ministeriris te incluir informate, no med	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro de salud y cualquier otro ación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes cualquier información	o. de Indenti RAUI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu. a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa, solicitud de informa, solicitud de informa.	dad HONDURAS asi ución, autorizo a m tratamiento, exar ilento contra el usi ación a MAPFRE H ación o notificació	Parismo el sego di empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de	arente INC guro no s a deducir dor de se arcóticas o a sus re	esco RIO Q CIPAL será efectivo si nor de mi salario la pervicios médicos, talización, a dar as o de alcohol. Ta presentantes aut	Porcentaje % Porcentaje % UE NO ES. Di me encuentro trabajando rima correspondiente. Di asegurador o empleado a MAPFRE HONDURAS o armbién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva
Nombre completo del Beneficio ENESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos esus representantes autorizados esta información, la organización será tan válida como su original. Autorización será tan válida como su original. Autoriza ol corredor de la póliza (si lo hubiere) que rec Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor Certificación: certifico que las respuestas y declaraciones en toda	ciario de DEBE LIST, uro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte r de MAPFRE esta solicitudo	ectivo hastinpleador. S S, Ministeriris teoriculuir informate, no med en mi nom HONDURA	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro más dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación a esta pólideras, están completas y	o. de Indenti RAUI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa, solicitud de informaza se entenderá que no existe ninguna o	dad HONDURAS asis ución, autorizo a mamental o cualquia ritatamiento, exarilento contra el usuación a MAPFRE Hación o notificació la hace en mi non emisión de informa	Parismo el segui empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de abre y represe ación, error, i	arente INC guro no s a deducir dor de se a rectica a sus re a MAPER entación p inexactiti	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la pervicios médicos, talización, a dar a si o de alcohol. Ta presentantes aut E HONDURAS al para todos los efecudo reticencia de	Porcentaje % Porcentaje % UE NO Do me encuentro trabajando prima correspondiente. O asegurador o empleado a mapera do rempleado a mapera de la MAPFRE HONDURAS o a mibién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva actos legales. Be mi parte y de ser así, y de
Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic STÉENLA Oueda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos o sus representantes autorizacios esta información, la norganización o persona que tenga cualquier informacesta autorización será tan válida como su original. Autorizo al corrector de la póliza (si lo hubiere) que rec Cualquier solicitud o instrucción que haga el corrector Certificación:	ciario de DEBE LIST, uro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte r de MAPFRE esta solicitudo	ectivo hastinpleador. S S, Ministeriris teoriculuir informate, no med en mi nom HONDURA	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro más dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación a esta pólideras, están completas y	o. de Indenti RAUI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa, solicitud de informaza se entenderá que no existe ninguna o	dad HONDURAS asis ución, autorizo a mamental o cualquia ritatamiento, exarilento contra el usuación a MAPFRE Hación o notificació la hace en mi non emisión de informa	Parismo el segui empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de abre y represe ación, error, i	arente INC guro no s a deducir dor de se a rectica a sus re a MAPER entación p inexactiti	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la pervicios médicos, talización, a dar a si o de alcohol. Ta presentantes aut E HONDURAS al para todos los efecudo reticencia de	Porcentaje % Porcentaje % UE NO Do me encuentro trabajando prima correspondiente. O asegurador o empleado a mapera do rempleado a mapera de la MAPFRE HONDURAS o a mibién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva actos legales. Be mi parte y de ser así, y de
Nombre completo del Beneficio ENESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos cus representantes autorizados esta información, la organización será tan válida como su original. Autorización será tan válida como su original. Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que rec Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor Certificación: certifico que las respuestas y declaraciones en toda emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades MAPFRE HONDURAS.	ciario de DEBE LIST, uro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte r de MAPFRE esta solicitudo	ectivo hastinpleador. S S, Ministeriris teoriculuir informate, no med en mi nom HONDURA	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro más dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación a esta pólideras, están completas y	o. de Indenti RAUI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa, solicitud de informaza se entenderá que no existe ninguna o	dad HONDURAS asis ución, autorizo a mamental o cualquia ritatamiento, exarilento contra el usuación a MAPFRE Hación o notificació la hace en mi non emisión de informa	Parismo el segui empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de abre y represe ación, error, i	arente INC guro no s a deducir dor de se a rectica a sus re a MAPER entación p inexactiti	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la previcios médicos, talización, a dar a si o de alcohol. Ta presentantes aut E HONDURAS al para todos los efecudo reticencia de	Porcentaje % Porcentaje % UE NO Do me encuentro trabajando prima correspondiente. O asegurador o empleado a mapera do rempleado a mapera de la MAPFRE HONDURAS o a mibién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva actos legales. Be mi parte y de ser así, y de
Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic Nombre completo del Benefic ENESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos c sus representantes autorizaciós está información, la organización o persona que tenga cualquier informacesta autorización será tan válida como su original. Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que rec Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor Certificación: certifico que las respuestas y declaraciones en toda emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades.	ciario de DEBE LIST, uro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte r de MAPFRE esta solicitudo	ectivo hastinpleador. S S, Ministeriris teoriculuir informate, no med en mi nom HONDURA	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro más dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación a esta pólideras, están completas y	o. de Indenti RA UI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa a solicitud de informa za se entenderá que no existe ninguna o como, lo es la negac	dad HONDURAS asis ución, autorizo a mamental o cualquia ritatamiento, exarilento contra el usuación a MAPFRE Hación o notificació la hace en mi non emisión de informa	Parismo el segui empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de abre y represe ación, error, i	arente INC guro no s a deducir dor de se a rectica a sus re a MAPER entación p inexactiti	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la previcios médicos, talización, a dar a si o de alcohol. Ta presentantes aut E HONDURAS al para todos los efecudo reticencia de	Porcentaje % Porcentaje % UE NO Do me encuentro trabajando prima correspondiente. O asegurador o empleado a mapera do rempleado a mapera de la MAPFRE HONDURAS o a mibién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva actos legales. Be mi parte y de ser así, y de
Nombre completo del Beneficio ENESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos cus representantes autorizados esta información, la organización será tan válida como su original. Autorización será tan válida como su original. Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que rec Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor Certificación: certifico que las respuestas y declaraciones en toda emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades MAPFRE HONDURAS.	ciario de DEBE LIST, uro no será efición de mí en , Clínica, IHS; o información cual puede ir ción importar ciba y acepte r de MAPFRE esta solicitudo	ectivo hastinpleador. S S, Ministeriris teoriculuir informate, no med en mi nom HONDURA	a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobro más dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis dependientes con reconación a esta pólideras, están completas y	o. de Indenti RA UI NEFIC itito por MAPFRE e la base de contribu a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa a solicitud de informa za se entenderá que no existe ninguna o como, lo es la negac	dad HONDURAS asis ución, autorizo a mamental o cualquia ritatamiento, exarilento contra el usuación a MAPFRE Hación o notificació la hace en mi non emisión de informa	Parismo el segui empleador a er otro proveen de drogas na HONDURAS con por parte de abre y represe ación, error, i	arente INC guro no s a deducir dor de se a rectica a sus re a MAPER entación p inexactiti	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la previcios médicos, talización, a dar a si o de alcohol. Ta presentantes aut E HONDURAS al para todos los efecudo reticencia de	Porcentaje % Porcentaje % UE NO Do me encuentro trabajando prima correspondiente. O asegurador o empleado a mapera do rempleado a mapera de la MAPFRE HONDURAS o a mibién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva actos legales. Be mi parte y de ser así, y de
Nombre completo del Beneficio ENESTE CASO E ESTÉ EN LA Queda entendido y convenido que el presente segu activamente en la fecha efectiva del convenio de afilia Autorización: Por la presente autorizo a cualquier médico, Hospital, y tenedores de la póliza de grupo que tengan datos cus representantes autorizados esta información, la organización será tan válida como su original. Autorización será tan válida como su original. Autorizo al corredor de la póliza (si lo hubiere) que rec Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor Certificación: certifico que las respuestas y declaraciones en toda emitirse la póliza o certificado, acepto las penalidades MAPFRE HONDURAS.	ciario de DEBE LIST Iro no será ef ción de mí en . Clínica, IHS: o información cual puede ir ción importar ciba y acepte r de MAPFRE esta solicitus s que se esta	Contine Cont	ipal Formalista AGREGA ELOS BE a que sea aprobado y em i el plan de seguro es sobr o de salud y cualquier otro o mis dependientes con renación sobre tratamiento ica, sobre mi o mis depen bre cualquier información AS con relación a esta póli deras, están completas y esta materia, en la póliza,	o. de Indenti RAUI INEFIC itido por MAPFRE e la base de contribu. a institución guberna ferencia a cualquier psiquiátrico, tratam dientes a dar informa za se entenderá que no existe ninguna o como, lo es la negacione.	dad HONDURAS asis ución, autorizo a mamental o cualquia ritatamiento, exarilento contra el usuación a MAPFRE Hación o notificació la hace en mi non emisión de informa	Parismo el segui empleador a en otro proveenen, dictamero de drogas nel HONDURAS con por parte de nibre y represención, error, il a cancelación	arente INC guro no s a deducir dor de se a rectica a sus re a MAPER entación p inexactiti	esco RIO Q CIPAL será efectivo si no de mi salario la previcios médicos, talización, a dar a si o de alcohol. Ta presentantes aut E HONDURAS al para todos los efecudo reticencia de	Porcentaje % Porcentaje % UE NO Do me encuentro trabajando prima correspondiente. O asegurador o empleado a mapera do rempleado a mapera de la MAPFRE HONDURAS o a mibién autorizo a cualquie orizados. Una fotocopia de igual que la póliza efectiva actos legales. Be mi parte y de ser así, y de