


 Póliza:  Vigencia:  Ruta de cobro: 

Por la presente solicito a MAPFRE Seguros, El Salvador, S.A. un Plan de Seguro Individual por la cantidad (es), forma (s), o condiciones bajo las cuales soy o podría llegar a ser elegible bajo el contrato emitido a MAPFRE Seguros, El Salvador, S.A.

**I. DATOS DEL SOLICITANTE**

La información a continuación suministrada por el solicitante principal, por él mismo y por cada uno de los miembros de su familia por asegurarse será manejada confidencialmente y para uso exclusivo de nuestra Compañía. Toda pregunta deberá ser contestada y escrita de puño y letra del solicitante.

 Primer nombre:  Segundo nombre:  Apellidos: 

 Fecha de nacimiento:  /  /  Sexo:  F  M Estado civil:  Estatura:  Peso: 

 Dirección residencial:  Ciudad: 
 País: 

 Teléfono:  Celular:  DUI:  Nacionalidad: 

 Nombre y dirección de su trabajo: 


 Descripción de su ocupación: 

 Teléfono:  E-mail: 

 Dirección para envío de correspondencia: 

 Trabajo  Residencia 

 Factura a nombre de:  NIT: 
**DATOS DE CUENTA BANCARIA PARA PAGO DE RECLAMOS**

NOMBRE DEL BANCO

TIPO DE CUENTA

No. DE CUENTA DEL TITULAR

 AHORRO  CORRIENTE 
**PLANES SEGURO DE VIDA**
**PLANES SEGURO MEDICO**

 A  B  C   
 \$10,000 \$20,000 \$30,000

**Centroamérica**

 \$50,000  \$100,000 
**Mundial**

 \$250,000  \$500,000  \$1,000,000 

 Forma de pago: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual 
**PRIMAS ANUALES**
**TITULAR**
**CONYUGE**
**HIJOS (AS)**
**TOTAL PRIMA ANUAL**

MH

VIDA

ASISTENCIA

 Total prima forma de pago \$

## II. DEPENDIENTES DEL SOLICITANTE PRINCIPAL A ASEGURARSE EN EL PLAN DE GASTOS MÉDICOS

	Nombre completo del dependiente	Ocupación	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil*	Sexo	Peso	Estatura
Cónyuge:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hijo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* S: SOLTERO(A) C: CASADO(A) D: DIVORCIADO(A) V: VIUDO(A) U: UNION LIBRE (UNION DE HECHO)

## III. INFORMACIÓN DE SEGUROS

Si el solicitante o dependientes han estado asegurados con anterioridad con pólizas de vida y/o gastos médicos indique el nombre de la aseguradora.

Nombre de la aseguradora (especifique cuál):  Póliza:

¿Presentó reclamos? Si  No  Detalle bajo qué diagnósticos:

## IV. ¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES PRACTICA ALGÚN DEPORTE PELIGROSO O DE FORMA PROFESIONAL?

Si  No  (en caso de afirmativo, indicar quien)

Nombre del solicitante:  ¿Qué deporte practica?:

## V. INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS

¿Alguno de los solicitantes tiene un médico primary o ha consultado a un especialista? Si  No  (en caso de sí, explicar)

Solicitante	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## VI. DECLARACION DE SALUD

1. ¿Infecciones? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados <input type="text"/>	Información del médico <input type="text"/>	

2. ¿Desórdenes ó enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados <input type="text"/>	Información del médico <input type="text"/>	

3. ¿Depresión o desórdenes psiquiátricos, convulsiones, migraña, parálisis de todo tipo u otros desórdenes neurológicos? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados <input type="text"/>	Información del médico <input type="text"/>	

4. ¿Alergias, asma, bronquitis, dificultad respiratoria, tos crónica ó recurrente, tuberculosis u otros signos o síntomas pulmonares y senos paranasales ó respiratorio? Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

5. ¿Síntomas o signos del corazón, arritmia, soplo, problemas circulatorios, problemas de presión arterial, aneurisma, trombosis, venas varicosas, flebitis, fiebre reumática o colesterol o triglicéridos elevados? Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

6. ¿Síntomas o signos relacionados con el esófago, estómago, intestinos, páncreas, hepatitis de todo tipo, colitis aguda ó crónica, pólipos, divertículos u otros síntomas o signos del hígado, vesícula, recto, ano o sistema digestivo? Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

7. ¿Síntomas o signos de riñones o del tracto urinario, infección urinaria agudas ó crónicas, pielonefritis, pus o sangre en la orina, cistitis, piedras (cálculos), insuficiencia renal o cualquier otro transtorno del riñon, uréter, vejiga y/o uretra? Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

8. ¿Síntomas o signos de la columna, espalda, ciática, lumbalgia, escoliosis, cervicalgia, artritis, gota, u otros síntomas o signos de los músculos, huesos o articulacione? Favor indique si es portador de algún material de fijación, tornillos, placa o prótesis en alguna área del cuerpo permanente o temporal Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

9. ¿Tumores benignos o cáncer? Si  No  Tipo

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

10. ¿Anemia, leucemia, linfoma, transtornos de sangrado y/o coagulación, hemofilia, trombofilia, Von Williebrand u otros síntomas o signos de la sangre? Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

11. ¿Diabetes, azúcar alta o baja, síndrome metabólico, síntomas o signos de tiroides, paratiroides, hipófisis, supra renales y otros signos o síntomas hormonales o endocrinológicos? Si  No

Solicitante  Condición  Período Desde  Hasta

Tratamiento y resultados  Información del médico

12. ¿Síntomas o signos de la próstata, prostatitis, hiperplasia prostática y agrandamiento de próstata, dificultad urinaria, aumento de la frecuencia urinaria nocturna? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. ¿Enfermedades de transmisión sexual o algún síntoma o signo del aparato reproductivo incluyendo afectación de los testículos, varicocele, hidrocele? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

14. ¿Síntomas o signos de las mamas incluyendo mama fibroquística, calcificaciones, adenomas, mastalgias recurrentes, quistes, nódulos, síntomas o signos de los ovarios, trompas o útero incluyendo alteraciones menstruales, quistes, ovarios poliquísticos, endometriosis, fibroma? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

15. ¿Síntomas o signos de la piel incluyendo, acné, atopías, psoriasis, vitiligo, queratosis actínica y seborreica, carcinoma basocelular, escamoso, melanoma o lesiones benignas? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

16. ¿Enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas o autoinmune? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

17. ¿Portador de VIH y/o SIDA? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

18. ¿Ha estado bajo observación médica o seguimiento con estudios y exámenes de laboratorio por algún especialista de la salud? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

19. ¿Síntomas o signos de los pies, juanetes, neuroma de morton, pies planos o alguna otra alteración? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

20. ¿Cualquier otra enfermedad, síntoma, signos, lesión o accidente, hospitalización o cirugía ya sea realizada o pendiente de realizar y que no se mencionó anteriormente? Si  No

Solicitante	Condición	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>
Tratamiento y resultados	Información del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## VII. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico general o rutinario?  
(en caso de afirmativo, favor explicar)

Si  No

SOLICITANTE	TIPO DE EXAMEN	FECHA	RESULTADO ( si fue normal, favor explicar)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal

## VIII. CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

a. ¿Alguna solicitante se encuentra actualmente embarazada? Si  No

Embarazos  Parto natural  Cesárea  Abortos

Nombre de la solicitante  Por favor indique fecha probable del parto

b. Si alguna solicitante ha estado embarazada anteriormente, favor indique el número de Embarazos, Parto natural, Cesárea y Abortos:

Número de embarazo:s  Tipo de parto: Parto natural  Cesárea  Aborto

c. ¿Alguna solicitante tiene antecedentes de complicaciones del embarazo como por ejemplo, partos prematuros, diabetes gestacional, preclampsia, complicaciones perinatales? Si  No  (En caso de ser afirmativo indique los detalles)

## IX. MEDICAMENTOS

¿Alguno de los solicitantes está tomando o le han indicado que debe tomar algún medicamento?

Si  No  (En caso de ser afirmativo indique los detalles)

Solicitante	Nombre del medicamento	Motivo	Cantidad y frecuencia	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>

## X. HáBITOS

¿Alguno de los solicitantes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilícitas?

Si  No  (En caso de ser afirmativo indique los detalles)

Solicitante	Tipo	Cantidad por día	Consumo	Período
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Actual	Desde: <input type="text"/> Hasta: <input type="text"/>

## XI. HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria?

Si  No  (En caso de ser afirmativo indique los detalles)

Solicitante	Familiar	Desorden
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## XII. BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

En caso de ser aceptada mi solicitud, nombro como beneficiarios de mi seguro de vida a:

Beneficiarios Seguro de Vida Titular	Parentesco	(%)	Beneficiarios Seguro de Vida Cónyuge	Parentesco	(%)

## XIII. GASTOS CUBIERTOS

De conformidad con las definiciones, límites de coberturas, condiciones generales y condiciones especiales del contrato, la compañía reembolsará al asegurado los gastos en que haya incurrido por bienes o servicios de salud indicados a continuación, para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades o accidentes:

- Honorarios de médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión médica debidamente inscrito en la JVPM, por servicios prestados al asegurado, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o en consultorio particular.
- Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescrito por el médico tratante, siempre y cuando sean adquiridos en una farmacia autorizada, para la venta de tales medicinas.
- Análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de rayos "X", así como estudios especiales de diagnóstico debidamente autorizados por la Compañía, tales como: encefalogramas, tomografía axial computarizada, endoscopias, entre otros.
- Servicios de hospitalización. Incluye los servicios brindados en un hospital o centros de servicios ambulatorios, los cuales se indican a continuación:
  - Cuarto privado y alimentación para el asegurado hospitalizado.
  - Uso de la sala de cuidados intensivos o aislamiento.
  - Equipo de apoyo utilizados en la sala de cuidados intensivos.
  - Cuidados de enfermería general o especializada.
  - Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
  - Uso de sala de operaciones y sala de recuperación.
  - Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
  - Anestesia, equipo de anestesia y oxígeno.
  - Exámenes de laboratorio y cualquier otra prueba de diagnóstico, incluyendo exámenes de resonancia magnética nuclear indicada de acuerdo con el padecimiento.
  - Transfusiones de sangre, sueros y otras sustancias semejantes.
  - Medicamentos aplicados mientras se esté internado en un hospital o clínica.
- Honorarios de cirugía hospitalaria y ambulatorios; éstos incluyen los servicios del cirujano, ayudante, anestesista hasta el 35% del honorario de cirujano principal; de acuerdo con el diagnóstico, límites y condiciones establecidas.
- Honorarios de Médicos homeópatas y naturópatas que cuenten con registro en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM).
- Gastos de cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente cubierto y que ésta se realice dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha del accidente.
- Cirugía laparoscópica con o sin láser.
- Gastos de litotripsia por ultrasonido.
- Dos visitas diarias en el hospital del médico tratante.
- Cuidados de enfermería. Los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión.
- Terapias especiales. Servicio de radioterapia, fototerapia, terapia laser, electroterapia, fisioterapia o rehabilitación física, todos con fines terapéuticos. Las nebulizaciones respiratorias o inhaloterapias con medicamentos debidamente autorizados, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.
- Prostatectomía después de 60 años e histerectomía antes de 50 años, ambos en caso de pre malignidad o malignidad.
- Gastos por aparatos ortopédicos, prótesis y enyesamientos prescritos para el tratamiento del padecimiento.
- Gastos de alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial para enfermo y pulmón artificial, prescrito por el médico tratante. La compra puede ser evaluada de acuerdo al periodo en que debe ser utilizada, previa autorización de la Compañía.
- Gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales únicamente a causa de accidente cubierto.
- Gastos por desórdenes mentales, nerviosos y psiquiátricos o de conducta, únicamente a consecuencia de un accidente cubierto.
- Gastos de emergencia por accidente incurridos en países fuera de las especificaciones del contrato; éstos se reembolsarán bajo aranceles centroamericanos.
- Tratamientos atribuibles a virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en cualquiera de sus etapas y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo; por tales tratamientos se reembolsará hasta el 25% del Máximo Vitalicio contratado. Esta cobertura iniciará una vez vencido el período de espera indicado en la Cláusula Novena de estas Condiciones Especiales.
- Servicio de ambulancia terrestre dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, hacia o desde el hospital o clínica. Para pólizas con cobertura internacional se cubre servicio de ambulancia aérea por emergencias hasta un máximo de \$ 7,500.00.
- Gastos originados por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, aplica deducible y coaseguro.
- Trasplante de órganos hasta el 25% del Máximo Vitalicio contratado, incluyendo los gastos médicos del donante, si los hubiere.
- En el caso de gastos por accidente, la compañía conviene en reembolsarlos sin aplicar el coaseguro, siempre y cuando el asegurado sea menor de 60 años.
- En caso de accidente, se conviene en aplicar como máximo tres deducibles por grupo familiar en un mismo evento.

**25. Cobertura de Maternidad.** Esta cobertura se aplicará de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

- a) Se reembolsarán los gastos médicos por asistencia obstétrica (hospital y honorarios médicos) que se requieran para la atención del parto, ya sea éste normal o por cesárea y aborto patológico, así como la asistencia del recién nacido mientras éste no haya salido del hospital.
- b) Se reembolsarán los gastos médicos por controles prenatales hasta un monto máximo de \$ 500.00, dicho monto disminuirá la suma máxima de la cobertura de maternidad.
- c) Gozarán de esta cobertura la titular, o la esposa o compañera de vida del titular en calidad de dependiente, cuando el embarazo haya sido concebido después de seis (6) meses de estar asegurada ininterrumpidamente bajo esta póliza.
- d) Sumas máximas bajo esta cobertura:

#### Dentro de Centro América

#### Fuera de Centro América

Parto Normal	\$ 1,250.00	\$ 2,000.00
Parto por Cesárea	\$ 2,750.00	\$ 3,000.00
Aborto Legal	\$ 500.00	\$ 750.00

Estas sumas serán las máximas reembolsables independientemente que se trate de partos múltiples; serán aplicables una vez al año póliza y no estarán sujetas a deducible ni coaseguro.

e) Se excluyen los gastos por enfermedad o complicaciones de cualquier tipo generados por el estado de embarazo, tales como: embarazos extrauterinos que requieran cirugía ínter abdominal, vómitos perniciosos, toxemia de la sangre, embarazo ectópico, Eclampsia y preclampsia, así como las amenazas de aborto.

**26. Padecimientos Congénitos.** Se cubrirá hasta un máximo de \$10,000.00, para cualquier patología o condición médica existente antes del nacimiento que pudiera ser diagnosticada antes o después del mismo, la cual puede manifestarse como una enfermedad, condición, malformación o irregularidad, que presente manifestaciones o complicaciones de cualquier índole. Esta cobertura será inmediata únicamente para los dependientes nacidos bajo la Cobertura de Maternidad de esta póliza y que sean inscritos a más tardar 30 días después de nacidos.

**27. Gastos por tratamiento de enfermedades preexistentes,** que haya sido declaradas en la solicitud, y aceptadas por la Compañía después de la evaluación respectiva sin haber sido limitadas, excluidas o rechazadas por escrito, se darán cobertura, después de doce meses de haber estado asegurado de forma ininterrumpida bajo esta póliza.

**28. Se cubrirán las alergias de cualquier tipo** incluyendo las causadas por medicamentos, picaduras de animales o ingestión de alimentos. No se incluyen las pruebas de alergia.

**29. Zapatos ortopédicos, un par por vigencia,** siempre y cuando se justifique y se acompañe con la prescripción médica del ortopedista, aplica para hijos dependientes hasta 14 años de edad, hasta un monto máximo de \$30.00. No aplica para plantillas.

**30. Tratamiento para Osteoporosis** incluyendo medicamentos y densitometría.

**31. Extracción quirúrgica de las terceras molares impactadas o semi-impactadas** hasta un monto máximo de \$80.00 por pieza, previa autorización de la compañía. No aplica medicamentos, ni anestesia.

**32. Cobertura para catarata y pterigion,** sin límite de edad y hasta un monto máximo por año póliza de \$750.00.

**33. Exámen de citología y mamografía** hasta un monto máximo de \$25.00 por cada una, ambas de carácter preventivo, una prueba por año póliza. Por enfermedad, las que sean necesarias de acuerdo a la recomendación médica y evaluación de la compañía. Aplica únicamente para asegurada titular y/o cónyuge, no incluye la consulta médica de control.

**34. Exámen de Antígeno Prostático Específico (PSA),** de carácter preventivo, uno por año póliza. Por enfermedad, las que sean necesarias de acuerdo a la recomendación médica y evaluación de la compañía. Aplica únicamente para asegurado titular y/o cónyuges, mayores de 40 años. No incluye la consulta médica de control.

**35. Leche medicada en un recién nacido** cuando esté hospitalizado, siempre y cuando presente síntomas gastrointestinales de intolerancia.

**36. Control de niños sanos,** máximo 5 consultas por año póliza incluyendo las vacunas preventivas (esquema de vacunación del Ministerio de Salud), hasta los 10 años de edad, con límite máximo de \$300.00 por grupo familiar.

**37. Cirugía plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético,** únicamente en caso de accidente cubierto por la póliza.

**38. Cualquier tratamiento dental, alveolar, gingival u ortodoncia,** únicamente en caso de accidente cubierto por la póliza.

**39. Apnea del sueño,** no incluye el CPAP ni tampoco se otorga la cobertura cuando su origen se deba a sobrepeso u obesidad.

**40. Cualquier gasto a consecuencia de Epidemias y/o pandemias declaradas o no por el Gobierno y/o las entidades gubernamentales locales o internacionales**

## XIV. GASTOS NO CUBIERTOS

1. Tratamientos de enfermedades preexistentes, durante el primer año; padecimientos congénitos y tratamientos por accidente preexistentes en ningún tiempo. Se exceptúa lo establecido en el numeral 27 y 28 de la Cláusula Sexta.

2. Atención médica y hospitalaria por puerperio y legrados de cualquier tipo, excepto de enfermedad cubierta por la póliza.

3. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos; tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía y situaciones similares. No se cubrirán los costos de aparatos auditivos y cualquier tipo de lentes y aros.

4. Tratamiento para curar alcoholismo, drogadicción y toxicomanía; así mismo, cualquier padecimiento y lesiones que resulten de éstos.

5. Tratamiento médico o quirúrgico para la infertilidad, procreación artificial, esterilización, impotencia, frigidez, circuncisión, modificación del sexo; calvicie, alteraciones de desarrollo pondoestatural (anormalidades en peso y estatura), gastos por obesidad o sobrepeso, várices y varicocele.

6. Tratamientos para acné de todo tipo e independiente de su origen.

7. Productos dermatológicos como protectores solares, cremas y maquillajes.

8. Consultas y tratamientos con nutricionista.

9. Tratamiento de la epilepsia y sus complicaciones.

10. Chequeos médicos que incluyen exámenes médicos generales o específicos, estudios clínicos, de laboratorio o gabinete, prescritos para la comprobación del estado de salud. Tratamientos o curas en clínicas de reposo, de ancianos, en balnearios o en baños termales.

11. Gastos incurridos por medicamentos y/o tratamientos de origen natural y/u homeopática. Las disciplinas tales como, pero no limitadas a, yoga, quiropráctica, acupuntura, terapia de hipnosis, aromaterapias, terapias de relajación, masajes, entre otros. Tratamientos de cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
12. Cargos por servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no sean necesarios para el tratamiento específico de la dolencia, así como gastos ocasionados por personas acompañantes de un asegurado.
13. Toda forma de anticonceptivos, excepto en caso de enfermedad cubierta por la póliza.
14. Medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública.
15. Medicamentos con finalidad preventiva como inmunizaciones, inmuoestimulantes, vacunas y pruebas de alergia. Se exceptúa lo establecido en el numeral 37 de la cláusula de Gastos Cubiertos.
16. Medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches. Se exceptúa lo establecido en el numeral 36 de la cláusula de Gastos Cubiertos.
17. Tratamientos menopáusicos.
18. No se cubren los gastos incurridos para el tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias. Se exceptúa lo establecido en el numeral 40 de la cláusula de Gastos Cubiertos.
19. Gastos incurridos por los asegurados en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.
20. Los tratamientos y procedimientos efectuados con tecnología moderna que no esté especificada en la póliza.
21. Gastos incurridos por complicaciones derivadas de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones quirúrgicas expresamente excluidos del contrato de seguro.
22. Gastos por tratamiento médico incurridos después de la fecha de cancelación de la póliza, originados en accidentes o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la póliza.
23. Tratamientos médicos y quirúrgicos para todo tipo de hernias, independiente a su origen.

## **XV. RIESGOS NO CUBIERTOS**

Quedan excluidos de este contrato los gastos por accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causadas o derivadas de:

1. Servicio militar, autolesiones y tentativas de suicidios; participar en actos de guerra o terrorismo, revolución, conmoción civil, conspiración, tumultos, motines, delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.
2. Viajar en aeronaves de cualquier tipo que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a una ruta fija y legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
3. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
4. Prácticas de deportes peligrosos: Paracaidismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos Delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romanas u otras luchas similares, cacería, tiro, tauromaquia, montadura, alpinismo, espeleología, entre otros. Tampoco se cubren los riesgos derivados de la práctica de deportes en forma profesional.
5. Cualquier gasto a consecuencia de eventos accidentales relacionados directamente o indirectamente con:
  - a. El uso de armas o materias y sustancias atómicas, biológicas (p.ej. bacteriológicas) o químicas (ABQ).
  - b. Ataques a o intromisiones deliberadas en: predios, instalaciones (p.ej. centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, instalaciones para el almacenamiento temporal o definitivo de residuos nucleares y reactores experimentales), plantas de almacenamiento, fábricas o partes de éstas que conduzcan a la liberación de radiactividad o de sustancias bélicas atómicas, biológicas o químicas, instalaciones móviles como son p.ej. contenedores para el transporte y/o almacenamiento de sustancias atómicas, biológicas o químicas.
  - c. En particular, tampoco se otorga cobertura cuando se cumplan los hechos enumerados bajo a) y b) haciendo uso de la tecnología de informática y/o comunicación.
6. Siniestros, con causa directa o indirecta, como resultado de fisión o fusión nuclear o de radioactividad.
7. Cualquier siniestro o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.
8. Tratamientos experimentales, tratamientos cosméticos a menos que los mismos sean medicamento necesarios debido a accidente o enfermedad.
9. Todo hecho ilegal que el asegurado cometa o trate de cometer previa mediación y resolución judicial en la que se haga constar el cometimiento del delito o presunción de ello, incluyendo la parte policial o pericial al respecto.
10. Daños personales sufridos por el asegurado bajo la influencia o efectos de alcohol o drogas de conformidad a las pruebas toxicológicas correspondientes.
11. Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, departamental municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual.
12. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren en la lista de la OFAC (Office of Foreign Assets Control) bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de las Naciones Unidas u otro organismo internacional o por el Departamento del Tesoro del Gobierno de los Estados Unidos de América, en la medida en que las provisiones de dicha cobertura, pago de dicha reclamación o prestación de dicho beneficio expusiera a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones económicas o comerciales, reglamentos o leyes de la Unión Europea o el Reino Unido o Estados Unidos de América.
13. Hospitalizaciones resultantes de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria o en el consultorio médico.
14. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, en casas de reposo, de convalecencia o de rehabilitación para cualquier condición.
15. Gastos de viajes aún cuando sean ordenados por un médico.
16. Gastos por internamiento hospitalario para evitar la aplicación de Justicia, cuando el asegurado está en conflicto con la ley y es considerado responsable de un hecho delictivo o accidental.

## **XVI. PERIODOS DE ESPERA**

Todos los periodos de espera detallados a continuación, aplicarán para aquellos asegurados que hayan estado de forma continua e ininterrumpida en la póliza. Los padecimientos establecidos, son los siguientes:

1. Tratamientos relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el período de espera será de 2 años.
2. Tratamientos relacionados con cálculos renales y de vesícula, el período de espera será de 1 año.
3. Amigdalectomías y/o adenoidectomías, el período de espera será de 1 año.



4. Tratamientos relacionados con las patologías del hígado y vías biliares, el período de espera será de 1 año.
5. Padecimientos de las rodillas y hombros, el período de espera será de 1 año, excepto por accidente.
6. Procedimientos quirúrgicos y/o cirugías, de todo tipo, por patologías agudas y crónicas del Sistema Reproductor Femenino, el periodo de espera será de 1 año.
7. Tratamientos de todo tipo por patologías de la columna vertebral, el periodo de espera será de 1 año. No aplica en caso de accidentes. No aplica para lo establecido en el numeral 23 de la cláusula séptima, la cual no tiene cobertura en ningún tiempo.
8. Tratamientos relacionados con las patologías anorrectales, el periodo de espera será 1 año.
9. Cualquier tratamiento por desviación septal o por patologías de senos paranasales, el periodo de espera será de 1 año.
10. Patologías y trastornos funcionales del aparato digestivo, el periodo de espera será de 1 año. Se exceptúan las infecciones gastrointestinales agudas, causadas por bacterias, virus, hongos, protozoos, helmintos; y que no han requerido un tratamiento previo a la vigencia.

## **XVII. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL SOLICITANTE**

1. Hago constar que las respuestas y declaraciones en esta solicitud son veraces, correctas y completas, y estoy de acuerdo que cualquier inexactitud u omisión en las respuestas constituirán la base para la denegación de cualquier reclamo, invalidar o cancelar cualquier seguro para el cual haya solicitado la cobertura. Entendido también que la cobertura solicitada será efectiva hasta la fecha en la que la solicitud haya sido aprobada y aceptada por la Compañía.
2. Que la Compañía tendrá el derecho absoluto de rechazar o modificar mi solicitud, sin razón alguna de su determinación.
3. Que he pagado la suma de [ ] en calidad de anticipo; cantidad que no representa obligación para la Compañía en cuanto a la aceptación del seguro, y que su responsabilidad estará de acuerdo con los términos del recibo condicional, extendido por el Productor de Seguros.
4. En caso de presentarse alguna necesidad de otorgamiento de crédito hospitalario por servicios a mí, o cualquier dependiente, estoy de acuerdo que será mi responsabilidad reembolsar a la Compañía aquellos gastos no cubiertos y también el deducible y coaseguro.
5. Queda convenido que toda desavenencia entre el asegurado y la compañía en relación a la interpretación o aplicación de la póliza y/o sus anexos, deberá ser resuelta según cláusula de Solución Alternativa de Conflictos por árbitros, nombrados de conformidad a la Ley de Protección al Consumidor y en lo que no esté dispuesto expresamente en la referida Ley, se aplicarán supletoriamente las disposiciones de la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje. Es especialmente convenido que esta cláusula ha sido libremente discutida y aceptada por ambas partes, como un medio alternativo de Solución de conflictos, establecido por la Ley de Protección al Consumidor antes relacionada.
6. Autorizo a cualquier médico al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), hospital u otra entidad relacionada con la medicina o cualquier persona que tenga conocimiento de mi salud y la de mis dependientes, para que suministren a MAPFRE Seguros El Salvador, S.A. la información que ésta requiera, relevándonos de cualquier prohibición legal que exista sobre la revelación de los datos sobre mi persona o de mi grupo familiar.

**Convengo que una fotocopia de esta autorización sea considerada como la original.**

Firma de Asegurado Principal

Fecha

Nombre del propuesto Asegurado Principal:

## **(ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR FIRMADO POR TODOS LOS PROPUESTOS ASEGURADOS QUE SEAN MAYORES DE 18 AÑOS)**

**Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.**

Firma del solicitante

Nombre

**Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.**

Firma del solicitante

Nombre

**Ratifico con mi firma la veracidad de la información sobre mi estado de salud declarada en esta solicitud que he completado.**

Firma del solicitante

Nombre

## **XVIII. RECONOCIMIENTO DEL AGENTE**

Como Agente, acepto completa responsabilidad por entregar a MAPFRE Seguros El Salvador, S.A. esta solicitud y todas las primas cobradas, así como por entregar la póliza al solicitante cuando esta sea emitida. Desconozco de alguna condición que no haya sido declarada en esta solicitud, la cual afecte la asegurabilidad de los solicitantes.

Firma del Agente

Nombre del Agente en letra de molde

Código del Agente

Fecha

**ART.1369.** CODIGO DE COMERCIO DE EL SALVADOR, Quien solicite un contrato de seguro está obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o los deba conocer en el momento de formular la respectiva solicitud.

**ART.1370.** CODIGO DE COMERCIO DE EL SALVADOR, El dolo o culpa grave en las declaraciones a que se refiere el artículo anterior, da al asegurador acción para pedir la rescisión de contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento que conozca el dolo o culpa y en todo caso a las primas convenidas por el primer año.