

**I. DATOS DEL SEGURO**

TIPO DE SEGURO: INDIVIDUAL  FAMILIAR

TIPO DE PLAN: NACIONAL  CENTROAMERICANO  MUNDIAL

**II. DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
No. de RTN (Anexar Copia)		No. de Identificación (Anexar Copia)	Tipo de Identificación
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
		Carné de Residente <input type="checkbox"/>	
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			

PESO (en lbs.): \_\_\_\_\_

ESTATURA (en mts.): \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SALARIO MENSUAL: \_\_\_\_\_ FORMA DE PAGO: \_\_\_\_\_

ENVIAR MI CORRESPONDENCIA A: RESIDENCIA  EMPRESA

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

**III. NOMBRE DE LOS FAMILIARES DEPENDIENTES PARA LOS QUE DESEA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS**

	NOMBRE COMPLETO	IDENTIDAD	PARENTESCO	SEXO	ESTATURA EN MTS	PESO	NACIMIENTO DIA/MES/AÑO
1				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Lbs.	
2				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Lbs.	
3				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Lbs.	
4				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Lbs.	
5				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Lbs.	

¿Ha tenido el solicitante o sus familiares dependientes alguna de las siguientes enfermedades o síntomas? Marque "Si" o "No" con el puño y letra cada una de las preguntas sobre enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación. Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre de la persona a quien se aplica. (Solicitante o familiar dependiente)

	PREGUNTAS	SI	NO	Nombre de la persona para quien es afirmativa la respuesta
1	Enfermedad defecto de la vista, oído, nariz o garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis embolia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectora sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4	Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, enfisema, tuberculosis, várices, trombosis e insuficiencia venosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, cirrosis y cálculos en vesícula.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, cálculos o cualquier otro trastorno de riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario, del recto y órganos reproductores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrinológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Neuritis, Ciática, Reumatismo, Artritis, gota, fiebre reumática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quistes, tumor, cáncer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Alergias, anemias o cualquier otro trastorno de la sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Trastornos del Sistema Inmune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinaciones (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga o alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Desórdenes del pene, testículos, próstata u otros órganos reproductores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Enfermedades transmitidas sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Desordenes menstruales, masas ovarios, úteros, trompas, vagina u otro desorden ginecológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Se encuentra en estado de gestación o embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Desordenes congénitos o hereditarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Cualquier enfermedad, lesión, accidente o defecto no mencionado anteriormente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Participa o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, partidismo buceo, deporte extremo u otras actividades peligrosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Fuma cigarrillos o consume algún producto con nicotina. Tipo: _____ Cantidad por día: Tipo: _____ Cantidad por día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	Consumo alcohol, narcóticos o algún tipo de droga. Tipo: _____ Cantidad por día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**IV. INFORMACIÓN ADICIONAL APLICABLE AL SOLICITANTE Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES, QUE HAYAN EFECTUADO O TENIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:**

	PREGUNTAS	SI	NO	Nombre de la persona para quien es afirmativa la respuesta
1	¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2	¿Ha estado alguna vez en un hospital, Clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos X o cualquier otro examen para diagnóstico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	¿Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía, que no haya realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	¿Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	¿Se ha sometido a la prueba de VIH? Indique los resultados:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	¿Ha tenido algún familiar suyo alguna enfermedad congénita o hereditaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE A CONTINUACIÓN  
(SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL USAR HOJA DE ANEXOS)**

Pregunta No.	Persona afectada	Tratamiento	Fecha	Nombre del médico	Hospital	Duración

**V. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA**

Nombre	Identidad	Parentesco	Distribución

**VI. DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA PARA EL SEGURO DE VIDA**

Nombre	Parentesco	Distribución

**VII. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE**

1. En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora. Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

2. Hago constar que me he enterado de las cláusulas que contendrá la póliza cuya emisión solicito de acuerdo a oferta presentada; que otorgo mi conformidad con estas cláusulas y acepto las obligaciones que las mismas me imponen como contratante.

## VIII. AUTORIZACIÓN

Autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, I.H.S.S. y laboratorios que me hayan asistido a mi y/o familiares o reconocido o que puedan reconocermme en el futuro, con respecto a mi salud, incluyendo cualquier miembro de la familia para que suministren a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A., las informaciones que esta requiera, en relación al seguro solicitado.

Esta autorización es válida mientras el seguro se encuentre en vigor y hasta tres años más, luego de haber expirado.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Titular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Titular

**LA PRIMA SE DEBERÁ PAGAR HASTA QUE LE SEA NOTIFICADA SU APROBACIÓN POR LA ASEGURADORA.**

## INTERMEDIARIO

### I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre		No. Registro CNBS	
Correo Electrónico			

Por favor verifique lo siguiente antes de entregar la solicitud:

- Solicitud contestada con letra LEGIBLE
- Fechas de Nacimiento, estado civil, peso y estatura de los solicitantes
- Cada una de las preguntas de la solicitud ha sido contestada
- Plan y modo de pago
- Explicación detallada de cada pregunta contestada con "Si"

COMENTARIOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

Como agente, someto esta solicitud y acepto total responsabilidad por el envío de todas las primas cobradas y la entrega de la póliza es emitida. No conozco ninguna condición no declarada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Intermediario \_\_\_\_\_

**"UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN ES TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL"**