

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO
SOLICITUD PARA INSCRIPCION EN SEGURO**



De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. _____ de SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO, emitida a nombre de _____ con R.T.N. _____ se solicita inscribir como asegurado a _____ quien ingresó el _____ de _____ de _____ y con renumeración de _____ por mes. La suma asegurada correspondiente es de _____
Fecha: _____ de _____ del _____

Firma Autorizada para Contratar

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido		Segundo Apellido			Nombres	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad
		Día	Mes	Año		
Número de Identificación (anexar fotocopia)			Tipo de Identificación			
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carne de Residente <input type="checkbox"/>	
Sexo		Estado Civil			Nombre Completo del Cónyuge	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	UL <input type="checkbox"/>	
Dirección Completa de Residencia:						
Teléfono de Residencia:				Correo Electrónico:		
Profesión, ocupación u oficio:						
Dirección Completa de la Empresa donde labora:						
Teléfono de Trabajo:				Correo Electrónico:		
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)						

II. ANTECEDENTES DE SALUD

a) Peso (en lbs) _____ Estatura (en mts) _____

b) ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. Tumores o Cáncer | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Diabetes Mellitus | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedades del Corazón | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Enfermedades Pulmonares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Infartos | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Derrame Cerebral | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Presión Arterial Alta | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Tiene Pendiente alguna Operación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Insuficiencia Renal | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. Está bajo Tratamiento Médico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. SIDA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. Otras Enfermedades | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedades Mentales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE

PREGUNTAS	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

Para personas del sexo femenino

¿Está usted embarazada? _____ ¿De cuantos meses? _____ Fecha probable de parto: _____

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

PRINCIPALES

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

CONTINGENCIA (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO / TITULAR DE LA POLIZA

ME ADHIERO A LA SOLICITUD BASICA Y LA POLIZA MAESTRA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO CONTRATADO ENTRE LAS PARTES EN CONSECUENCIA DOY MI PLENA CONFORMIDAD A TODO LO ACTUADO ENTRE DICHAS PARTES CON RELACION A DICHO SEGURO.

Nombre Completo Titular:	No. Tarjeta de Identidad:
--------------------------	---------------------------

SOLO PARA COBERTURA FAMILIAR NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES QUE DESEA ASEGURAR

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SEXO	IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
1		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
2		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
3		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
4		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
5		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
6		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES

PREGUNTAS	SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1 ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad o sufrido alguna lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ¿Ha consultado o ha sido tratado con algún médico debido a su salud, condición física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 ¿Está usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 En caso de ser mujer, ¿tiene antecedentes obstétricos o enfermedades de los pechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alguna vez le han practicado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 ¿Electrocardiogramas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 ¿Análisis o pruebas de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 ¿Radiografías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE

PREGUNTAS	PERSONA AFECTADA, ENFERMEDAD O DOLENCIA Y FECHA

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., cualquier información incluyendo copias de sus archivos, expediente del paciente, exámenes de laboratorio, ultrasonido y Rayos X, etc., pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía de Seguros se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

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 Compañía 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 Compañía.

Con consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo, por este medio, aún en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporciones a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____