

**GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR  
SOLICITUD DE SEGURO**



**PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ATLANTIDA**

Cobertura: Nacional  Centroamericana  Mundial

**I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		Apellido de Casada	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad	
		Día	Mes	Año			
Número de Identificación			Tipo de Identificación				
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carne de Residente <input type="checkbox"/>
Sexo	Peso (lbs)	Estatura (mts)	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		Fax No.		Correo Electrónico		Sitio Web	
Nombre del Negocio (si aplica):				Giro o Actividad Económica del Negocio:			
Nombre de la Empresa donde labora		Posición / Cargo que desempeña			Tiempo de laborar en la empresa		
Dirección Completa de la Empresa donde labora:							
Teléfono de Trabajo		Fax No.		Correo Electrónico		Sitio Web	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)							

Enviar mi correspondencia a: Residencia  Empresa

Forma de pago: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LOS FAMILIARES DEPENDIENTES PARA LOS QUE DESEA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS**

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

¿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 quién se aplica. (Solicitante o familiar dependiente.)

### CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES

	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 alguna droga ilegal. Tipo: _____ Cantidad por día: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**INFORMACION ADICIONAL APLICABLE AL SOLICITANTE Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES, QUE HAYAN EFECTUADO O TENIDO DURANTE LOS ULTIMOS 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 enfermedad congénita o hereditaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE A CONTINUACION**  
(Si necesita espacio adicional usar hoja de ANEXOS)

PREGUNTA No.	PERSONA AFECTADA	DOLENCIA/TRATAMIENTO	FECHA	NOMBRE DEL MEDICO	HOSPITAL	DURACION

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA**

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

1. ¿Tiene otro Seguro con esta Compañía? SI  NO

2. Si la respuesta es afirmativa, indique el ramo: \_\_\_\_\_

### DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

1) Por medio declarado bajo juramento que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas, y que son la base sobre la que solicito el Seguro. No obstante el anterior, y de acuerdo con el Artículo 1141 del Código de Comercio, entiendo que si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la verdad, la inexactitud de las declaraciones o reticencia, transcurrido este plazo sin que se haga tal notificación, la Compañía perderá el derecho de revocarla.

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.

### 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 ATLANTIDA, 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 del titular en letra Molde

FIRMA DEL CONYUGE \_\_\_\_\_

Nombre del titular en letra Molde

La primera prima se deberá pagar hasta que le sea notificada su aprobación por la Compañía de Seguros

### PARA USO DE SEGUROS ATLANTIDA, S.A.

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_ No. de Certificado \_\_\_\_\_

Revisado y Aprobado por: \_\_\_\_\_

Nombre

Firma

## INTERMEDIARIO

### I. INFORMACION GENERAL

Nombre:	No. Registro CNBS:
Dirección Completa:	
Teléfono:	Fax:
Correo Electrónico:	

### II. COMENTARIOS DEL AGENTE / LISTA DE CONTROL

1. ¿Desde cuándo conoce a los propuestos asegurados? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene usted alguna información que pudiese afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados? Si es afirmativa, por favor explique en el espacio abajo. SI  NO
3. ¿Cuál es su relación con el propuesto asegurado? \_\_\_\_\_
4. ¿Hubo algún propuesto asegurado que usted no conoció? Si es afirmativo, por favor explique en el espacio abajo. SI  NO

#### Por favor verifique lo siguiente antes de la solicitud:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pago de la prima (cheque a nombre de SEGUROS ATLANTIDA, tarjeta de crédito, etc.)                            | <input type="checkbox"/> Nombre, número de teléfono y correo electrónico de los médicos de cada solicitante.   |
| <input type="checkbox"/> Solicitud contestada con letra <b>LEGIBLE</b> .  | <input type="checkbox"/> Solicitud <b>firmada y fechada</b> por el solicitante principal.  |
| <input type="checkbox"/> Fechas de nacimiento, estado civil, peso y estatura de los solicitantes.                                     | <input type="checkbox"/> Comentarios del agente.   |
| <input type="checkbox"/> Nombres y número de teléfono de la universidad o colegio para los dependientes mayores de 19 años.           | <input type="checkbox"/> Cada una de las preguntas de la solicitud ha sido contestada.   |
| <input type="checkbox"/> Dirección física, teléfono, dirección postal y correo electrónico completos.                                 | <input type="checkbox"/> Declaración del Médico Tratante (APS) completa con resultados de exámenes recientes en los solicitantes de 55 años de edad o más. |
| <input type="checkbox"/> Plan, anexos de cobertura adicional y modo de pago.  | <input type="checkbox"/> Copia de la póliza y del recibo del pago de los últimos 12 meses cuando existe cobertura previa.                                  |
| <input type="checkbox"/> Nombre del solicitante a quien corresponde cada condición, estudio o tratamiento médico que se ha declarado. | <input type="checkbox"/> Explicación detallada de cada pregunta contestada " <b>SI</b> ".  |

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 si 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 AUTORIZACION ES TAN VALIDA COMO LA ORIGINAL"