

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"