

☐ Póliza Nueva ☐ Dependientes Adicionales ☐ Eliminar Dependientes

AtlanticMed se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.  
Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco. Completar con tinta negra o azul oscuro solamente. Debe estar Legible.

## A. Solicitante

Número de Solicitud / Póliza

### Datos demográfico del Solicitante

Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección Residencial - Calle				
Ciudad	País	Código Postal	Tiempo en esta residencia	
Anotar la dirección postal si es diferente a la dirección residencial.				
Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	País - Ciudad de Nacimiento	Nacionalidad	# Cédula / Pasaporte	
Estatura	Mts	Peso	Kgs	Estado Civil
	Pies		Lbs	
Soltero(a)		Viudo(a)		Fumador
Casado(a)		Compañero(a) Doméstico(a)		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tipo:
Teléfono Residencial		Teléfono Celular		Teléfono Trabajo
Ingreso Individual Mensual (USD) \$		Ingreso Familiar Mensual (USD) \$		Ocupación / Profesión
Detalle de la Ocupación / Profesión			Correo Electrónico	

## B. Cobertura Solicitada

Producto	Deducible Anual	Anexos (Cobertura Adicional)
Elite Suma Asegurada Máximo de \$3,200,000 USD	USD \$5,000	Complicaciones de Maternidad
Select Suma Asegurada Máximo de \$2,200,000 USD	USD \$10,000	Trasplante de Órganos
	USD \$20,000	

Fecha de efectividad solicitada para la cobertura:	01 / / DD / MM / AAAA	Ciclo de Pago:	Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>
			Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>

## C. Información de los Dependientes

Nombre de los Dependientes	Relación con el Solicitante	Estado civil*	Fecha de nacimiento día/mes/año y Edad	Sexo	Peso en Kilogramos/Libras	Estatura en Metros/Pies
Nombre:			Edad			
Apellidos:	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> C		<input type="checkbox"/> M	Kg	Mt
País / Ciudad de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Compañero Doméstico	<input type="checkbox"/> CD	Fecha Nacimiento	<input type="checkbox"/> F		
País de Residencia:					Lb	Ps
Ocupación:			DD / MM / AAAA			
Fumador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo:	Cantidad:	Frecuencia:				

## Información de los Dependientes (Cont.)

Nombre de los Dependientes	Relación con el Solicitante	Estado civil*	Fecha de nacimiento día/mes/año y Edad	Sexo	Peso en Kilogramos/ Libras	Estatura en Metros Pies
Nombre:	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> C	Edad	<input type="checkbox"/> M	Kg	Mt
Apellidos:			<input type="checkbox"/> F	Lb	Ps	
País / Ciudad de Nacimiento:		Fecha Nacimiento				
País de Residencia:		DD / MM / AAAA				
Ocupación:						
Fumador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____						

Nombre:	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> C	Edad	<input type="checkbox"/> M	Kg	Mt
Apellidos:			<input type="checkbox"/> F	Lb	Ps	
País / Ciudad de Nacimiento:		Fecha Nacimiento				
País de Residencia:		DD / MM / AAAA				
Ocupación:						
Fumador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____						

Nombre:	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> C	Edad	<input type="checkbox"/> M	Kg	Mt
Apellidos:			<input type="checkbox"/> F	Lb	Ps	
País / Ciudad de Nacimiento:		Fecha Nacimiento				
País de Residencia:		DD / MM / AAAA				
Ocupación:						
Fumador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____						

\*S—soltero(a) C—casado(a) Nota: El Solicitante y los Dependientes estarán sujetos a un examen médico coordinado por la Aseguradora.  
De necesitar más espacio para añadir dependientes, favor de utilizar otra página y confirmar: ☐ Sí

¿Alguno de los Dependientes está dentro de las edades de 18 y 24 años y está estudiando a tiempo completo en una universidad?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si respondió "Sí", por favor indicar el nombre y país de la universidad y adjuntar carta de admisión de la universidad, transcripción de créditos universitarios y comprobante de pago como evidencia de que es estudiante a tiempo completo.			
Nombre de la Universidad		País	
Fecha de última matrícula		Mes y año anticipado de graduación	
DD / MM / AAAA		MM / AAAA	

## D. Información de Seguro Anterior (o Actual)

¿Ha sido rechazado o aceptado con restricciones o extra primado, el Solicitante o alguno de los Dependientes por alguna otra compañía de seguros?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si respondió "Sí", favor de explicar:			
¿El Solicitante o alguno de los Dependientes han tenido reclamaciones bajo el seguro de salud existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió "Sí", favor indicar condición, tratamiento y el pronóstico actual:			
¿Ha tenido o tiene otro producto de seguro con AtlanticMed? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió "Sí", indique: Producto		Fecha de terminación (MM/DD/AAAA):	
¿El Solicitante tiene otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió "Sí", ¿el seguro que está solicitando, va a reemplazar algún seguro de salud existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió "Sí", favor de adjuntar copia del certificado de cobertura, carátula de la póliza y comprobante del último pago.			
Si respondió "No", favor de indicar las razones por la cual va a mantener el otro seguro de salud. Adjunte copia del certificado de cobertura, carátula de la póliza y el comprobante del último pago.			
Razón:			
Nombre de la Compañía Aseguradora		Producto	
Valor del Deducible		Núm. De Póliza	

## E. Información Médica

Médico(s) de la Familia			
Solicitante / Dependientes	Nombre del médico	Especialidad	Ciudad / País / Teléfono

## F. Cuestionario Médico

Condiciones Médicas o Estado de Salud:			
Al mejor entendimiento y conocimiento del Solicitante, ¿hay alguna persona identificada en esta solicitud que haya padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones?			
El Solicitante o alguno de los Dependientes...		Sí	No
1	Defectos de nacimiento, enfermedad congénita o hereditario, retraso en el desarrollo, síndrome Down, malformaciones del corazón/pulmón/riñón.		
2	Enfermedad del corazón, del aparato circulatorio, hipertensión arterial, colesterol alto, triglicéridos elevados, fiebre reumática, trastorno de coagulación, hemofilia, flebitis, trombosis, angina, aneurisma, anemia.		
3	Enfermedad pulmonar, asma, sinusitis, tos crónica, bronquitis, tuberculosis, padecimiento de la garganta.		
4	Cáncer, tumores benignos o malignos.		
5	Alteración en la tiroides, diabetes, bocio.		
6	Alteración en los riñones, vejiga, vesícula, hernia(s), estómago, intestinos, úlceras, hígado, frecuencia urinaria o ardor.		
7	Enfermedades mentales, nerviosa, epilepsia, parálisis, migrañas, mareos, alcoholismo u otros trastorno neurológico.		
8	VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA (Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida), CRS (Complejo relacionado al SIDA).		
9	Reumatismo, artritis, gota, padecimiento en la columna vertebral.		
10	Enfermedades de la piel, dermatitis, cáncer en la piel.		
11	Candidato o receptor para un trasplante de órgano, médula ósea o células madres, faltante de algún órgano y/o miembro o parte de él.		
12	Hepatitis A, Hepatitis B o Hepatitis C: tratamiento: _____.		
13	Femenino: alteraciones menstruales o hemorragias menstruales, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedad de las mamas, desórdenes en los órganos reproductivos, Papanicolaou anormal.		
14	Femenino: Embarazada (Fecha de parto – MM/DD/AAAA) _____.		
15	Femenino: número de embarazos _____, partos normales _____, partos cesárea _____, abortos _____: motivo de cesárea _____.		
16	Femenino: complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, hijo(a) con algún defecto de nacimiento, enfermedad congénita o hereditaria.		
17	Masculino: alteraciones de la próstata, enfermedades transmitidas sexualmente.		
Al mejor entendimiento, conocimiento del Solicitante y además de las enfermedades mencionadas arriba, ¿hay alguna persona identificada en esta solicitud que durante los últimos 12 meses?			
18	Consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico, quirúrgico o para consejo de alguna enfermedad.		
19	Alguna alteración en su salud o síntoma que no haya consultado a su médico.		
20	Alguna otra enfermedad, algún accidente, cirugía, tratamiento pendiente u hospitalización no señalada en los puntos anteriores.		

## G. Detalles del Cuestionario Médico

De contestar "Sí" alguna de las preguntas del 1-20, favor de anotar el número de la pregunta y dar más detalle a continuación:								
Pregunta	Solicitante / Dependiente	Enfermedad o diagnóstico	Medicamentos	Pronóstico	Hospital / Médico	Desde	Hasta	Fecha última consulta Médica

Si necesita más espacio, favor de usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si ha utilizado una hoja adicional, marque aquí para confirmar. ☐

H. Información de Medicamentos

Medicamentos

¿Se le ha recomendado al Solicitante o alguno de los Dependientes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", favor de explicar abajo.

Solicitante	Nombre del medicamento	Condición	Cantidad	Frecuencia	Desde	Hasta

Si necesita más espacio, favor de usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado una hoja adicional, marque aquí para confirmar. ☐

I. Historial Familiar

Historial Familiar

El Solicitante o alguno de los Dependientes tiene historial familiar (entiéndase padre, madre, hermana, hermano)...

	Sí	No
¿Diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad neurológica, enfermedad del riñón, o algún padecimiento cardiovascular congénito o hereditario?		
¿Algún familiar falleció antes de los 65 años de edad?		
¿Ha sido diagnosticado con o haya fallecido a causa de esclerosis múltiple, diabetes, desórdenes mentales u alguna enfermedad hereditaria?		
¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno mental o suicidio?		

Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante / Dependiente	Familiar con el trastorno (favor de marcar)				Padecimiento	Estado de Salud	Causa (Fallecimiento)
	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)			

J. Consentimiento / Autorización

De común acuerdo entre el Solicitante / Asegurado Titular y AtlanticMed, enterado(a) de lo anterior y para efectos de ésta Solicitud de Seguro, declaro estar dispuesto(a) a que se me practique y/o a mis Dependientes un examen médico. AtlanticMed costeará los gastos de dicho examen médico. Además, autorizo a los Médicos, Hospitales, clínicas y/o facilidad médica que nos hayan examinado, a proporcionar a AtlanticMed todos los informes que se refieren a mi salud o la de mis Dependientes en cualquier momento que AtlanticMed lo considere necesario.

Hago constatar que la información y datos notificados en ésta Solicitud de Seguro y cuestionario son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo con que sirvan como evaluación para el seguro que solicito, siendo o no dichas declaraciones de mi puño y letra. Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por AtlanticMed, ni de que en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud de Seguro. De ser aceptado, la cobertura de la póliza no entrará en vigor hasta que AtlanticMed haya completado la evaluación de riesgo, haya recibido el pago de la prima y se haya emitido la póliza. La cobertura de la póliza entrará en vigor a la fecha de inicio de cobertura según sea estipulado en la póliza.

Para los efectos legales que pueda tener esta Solicitud de Seguro, declaro bajo potestad de decir la verdad, que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente solicitud constituyen la base del contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la Prima y ajustes correspondientes del contrato. AtlanticMed se reserva el derecho de ajustar la prima de ser necesario. AtlanticMed se reserva el derecho de cancelar y/o anular una póliza previamente emitida y ello sin previo aviso o notificación.

Entiendo que el País de Residencia es donde residio con mis Dependientes la mayor parte del año calendario o del Año Póliza; o donde he residido con mis Dependientes por más de noventa (90) días durante cualquier periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días. Tengo conocimiento claro y preciso de las cláusulas principales que contiene la Póliza. En caso de que mi solicitud sea aceptada por AtlanticMed, entiendo claramente dichas cláusulas y acepto las obligaciones que las mismas me imponen como contratante.

Queda estipulado que AtlanticMed tendrá treinta (30) días calendarios desde la fecha de haber recibido ésta Solicitud de Seguro, para aceptar o negar la misma. Si durante dicho periodo no recibo una notificación, ni noticia alguna de la aceptación o negación de ésta Solicitud de Seguro, la misma se considerará como rechazada por AtlanticMed.

El Solicitante y/o Asegurado Titular declara que contrata la Póliza para sí y sus Dependientes por cuenta propia.

Firma del <u>Solicitante</u> y/o <u>Asegurado Titular</u>	Nombre del <u>Solicitante</u> y/o <u>Asegurado Titular</u> (en letra de molde)	Fecha DD / MM / AAAA
---	--	-------------------------

Como Agente Declaro:

Como Agente acepto completa responsabilidad por la presentación de esta Solicitud de Seguro, el envío de todas las Primas cobradas por mi parte, y la entrega de la Póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al Asegurado Titular los artículos generales y condiciones generales de la Póliza.

Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta Solicitud de Seguro que afecte la asegurabilidad del Asegurado Titular y sus Dependientes.

Firma del Agente (testigo):	Nombre del Agente en letra de molde:	Fecha DD / MM / AAAA
#ID del Agente:		
Nombre del Agente General:	#ID del Agente General:	