

## ATLÁNTIDA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS

### SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS

Asegúrese de leer toda la solicitud, las respuestas y datos que deben consignarse en este documento deben ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud. Las respuestas que no sean pertinentes se contestarán con la palabra "NADA", considerándose en sentido negativo toda falta de respuesta o la sustitución de dicha palabra por raya u otro signo, siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o la persona a ser asegurada, pues esta solicitud forma parte legal de su expediente.

#### PLAN SOLICITADO:

Plan A CA	Plan B CA	Plan C Mundial	Plan D Mundial	Plan E Mundial
\$50,000	\$100,000	\$250,000	\$500,000	\$1,000,000

#### I. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ mts Peso: \_\_\_\_\_ lbs

Género: M ( ) F ( ) Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Para envío de correspondencia: Residencia ( ) Trabajo ( ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### II. FAMILIARES DEPENDIENTES A LOS QUE DESEA ASEGURAR

Nombre completo	Parentesco	Fec de Nac.	Estatura	Peso

#### III. INFORMACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS

Nombre y dirección de los médicos que lo atienden a usted o cualquiera de sus dependientes a incluir en el seguro:

\_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurar ha estado cubierto bajo algún Seguro de Gastos Médicos? SI ( ) NO ( ). En caso afirmativo favor indicarnos la persona asegurada, Aseguradora y fecha de emisión de la póliza.

Persona Asegurada	Compañía Aseguradora	Fecha de Emisión	Suma Gastos Médicos

¿Ha reclamado o algún miembro de su grupo familiar ha presentado reclamaciones en pólizas de Gastos Médicos, Accidentes Personales o por Invalidez? SI ( ) No ( )

Nombre del reclamante	Aseguradora	Enfermedad / Padecimiento	Cantidad recibida	Fecha

¿Usted o algún miembro de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazados, aplazados, limitados o con recargo en la prima, algún Seguro de Gastos Médicos, Vida o Accidentes Personales? SI ( ) NO ( )

Persona a la que aplica	Aseguradora	Fecha	Tipo de Seguro	Razón

¿Está actualmente usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurar, bajo observación, tratamiento médico o se le ha recomendado algún procedimiento quirúrgico o de cualquier otro tipo? SI ( ) NO ( )

Persona a la que aplica	Padecimiento	Medicamento	Dosis	Duración del tratamiento

¿Ha tenido alguno de los solicitantes cualquiera de los siguientes síntomas o le han diagnosticado alguna enfermedad? Indique SI o NO, marcando en donde corresponda y subrayando el(los) padecimiento(s).

Para Titular o dependientes	Titular		Dependientes		Nombre de la persona a la que aplica
1) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	SI	NO	
2) ¿Desmayos, mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos nerviosos o mentales, defectos al hablar, parálisis, apoplejía, embolias?	SI	NO	SI	NO	
3) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	SI	NO	SI	NO	
4) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, arritmia cardíaca, soplo en el corazón, vasos arteriales, varices, trombosis o insuficiencia venosa?	SI	NO	SI	NO	
5) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, estreñimiento, gastritis, reflujo gastroesofágico, indigestión recurrente o cualquier trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas.	SI	NO	SI	NO	
6) ¿Azúcar, albumina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedra o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, del recto y órganos reproductivos?	SI	NO	SI	NO	
7) ¿Diabetes, dislipidemia, hiperuricemia, enfermedades de la tiroides o cualquier otro trastorno endocrinológico?	SI	NO	SI	NO	
8) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	

9) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, discos intervertebrales, espalda y las articulaciones?	SI	NO	SI	NO	
10) Trastornos de la piel, manchas y acné, glándulas linfáticas, quiste, tumos, cáncer?	SI	NO	SI	NO	
11) Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea o sistema linfático?	SI	NO	SI	NO	
12) Enfermedades por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA, VIH positivo, hepatitis B, hepatitis C, lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena?	SI	NO	SI	NO	
13) ¿Algún trastorno físico o mental, así como cualquier enfermedad o mal formación congénita?	SI	NO	SI	NO	
14) ¿Usa o ha usado barbitúricos, algún tipo de droga, anfetaminas, drogas que producen alucinamiento como estupefacientes y/o psicotrópicos (incluyendo marihuana) o que alteren su estado mental, físico y que produzcan hábito?	SI	NO	SI	NO	
15) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas, alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño, etc.?	SI	NO	SI	NO	
16) ¿Alguno de sus padres, hermanos(as) han padecido diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Indique el familiar y padecimiento	SI	NO	SI	NO	
17) ¿Problemas en órganos reproductores, próstata?	SI	NO	SI	NO	
18) ¿Ha sido o algún miembro del grupo familiar receptor o donador de órganos?	SI	NO	SI	NO	
19) ¿A usted o alguno del grupo familiar le han hecho transfusiones de sangre o terapia con hemoderivados?	SI	NO	SI	NO	
20) ¿Ha recibido o algún miembro del grupo familiar tratamientos de radioterapia o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	
<b>Para mujeres Titulares o Dependientes</b>					
21) ¿Trastornos de órganos reproductivos, menstruación, embarazos o problemas en los senos?	SI	NO	SI	NO	
22) ¿Le han practicado cesárea?	SI	NO	SI	NO	
23) ¿Se encuentra actualmente embarazada? Si lo está, indicar fecha probable de alumbramiento.	SI	NO	SI	NO	
<b>Hábitos y actividades especiales.</b>					
24) ¿Usted o cualquiera de los miembros de la familia fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume o ha consumido alcohol? Indicar cantidades	SI	NO	SI	NO	
25) ¿Practica o alguna de sus familiares, alpinismo, carreras de auto, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte, considerado de alto riesgo o peligroso?	SI	NO	SI	NO	
26) Ha sido, es o piensa ser piloto aviador, miembro de tripulación en aerolínea comercial o particular?	SI	NO	SI	NO	

Información adicional aplicable al solicitante y sus familiares dependientes, que hayan efectuado o tenido durante los 5 últimos años a cualquiera de las siguientes preguntas.					
27) ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, lesión o cirugía?	SI	NO	SI	NO	
28) ¿Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO	SI	NO	
29) Se ha realizado electrocardiogramas, radiografías u otras pruebas diagnósticas?	SI	NO	SI	NO	
30) ¿Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no se ha realizado?	SI	NO	SI	NO	
31) ¿Se encuentra actualmente bajo observación de un médico, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?	SI	NO	SI	NO	
32) ¿Se ha sometido a la prueba del VIH? Indique resultado	SI	NO	SI	NO	
33) ¿Ha tenido algún familiar con alguna enfermedad hereditaria o congénita?	SI	NO	SI	NO	

Si existe alguna respuesta a la parte anterior es afirmativa favor amplíe la información:

Pregunta	Persona a la que aplica	Enfermedad / padecimiento	Fecha del Tratamiento
Duración	Nombre del Médico	Hospital o Clínica	

Pregunta	Persona a la que aplica	Enfermedad / padecimiento	Fecha del Tratamiento
Duración	Nombre del Médico	Hospital o Clínica	

Pregunta	Persona a la que aplica	Enfermedad / padecimiento	Fecha del Tratamiento
Duración	Nombre del Médico	Hospital o Clínica	

Pregunta	Persona a la que aplica	Enfermedad / padecimiento	Fecha del Tratamiento
Duración	Nombre del Médico	Hospital o Clínica	

Pregunta	Persona a la que aplica	Enfermedad / padecimiento	Fecha del Tratamiento
Duración	Nombre del Médico	Hospital o Clínica	

#### IV. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos, exactos y que no se ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros y si en base a las mismas se omitiere 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 hubiere respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho

a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo a sus normas de selección, así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la misma.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso, HAGO CONSTAR que me 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. Entiendo también que la cobertura solicitada será efectiva hasta la fecha en que la solicitud haya sido aprobada y aceptada por la Aseguradora.

**V. AUTORIZACIÓN**

Autorizo por este medio a cualquier médico, hospital, clínica pública o privada, laboratorio, ISSS, Aseguradora u otra entidad relacionada con la medicina o cualquier persona que tenga conocimiento de mi salud y la de mis familiares dependientes, para que suministren a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas, la información que esta requiera, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la revelación de los datos sobre mi persona o de mis familiares. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario de Seguros

\_\_\_\_\_  
Código

\_\_\_\_\_  
Firma o sello del Intermediario