

## Solicitud de Seguro de Renta Diaria por Hospitalización

¿Desempeña o ha desempeñado usted o un familiar (conyugue, padres, abuelos, nietos, hermanos, hijos, suegros, cuñados) un cargo o función pública destacadas en el país o en un país extranjero?

SI \_\_\_ NO\_\_\_

### I. DATOS DEL ASEGURADO (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Genero	Estado Civil
	Día ( ) Mes ( ) Año ( )	M ( ) F ( )	Soltero ( ) Casado ( ) Unión Libre ( ) Viudo ( )
Nacionalidad (es):			
No. De Identificación (Anexar Copia)		No. De RTN (Anexar Copia)	Tipo de Identificación:
			Tarjeta de identidad ( ) Pasaporte ( ) Carné de Residente ( )
Dirección Completa de Residencia			
País	Departamento	Municipio	Colonia
Calle		Bloque	Casa
No. De Teléfono Fijo	No. De Teléfono Móvil	Correo Electrónico	
Especifique detalladamente su fuente de Ingreso: Asalariado ( ) Independiente ( ) Estudiante ( ) Rentista ( ) Ama de Casa ( ) Accionista ( ) Pensionado ( ) Jubilado ( ) Otros _____			
Profesión, Ocupación, oficio o Actividad Económica	Nombre de la Empresa o negocio donde labora:	Cargo Desempeñado	Tiempo de laborar
Giro del Negocio: Industrial ( ) Comercial ( ) Transporte ( ) Construcción ( ) Agrícola ( ) Organizaciones sin fin de lucro ( ) Servicios Financieros ( ) Otra _____			
Nivel de Ingresos Mensuales- 0.01 - L 20,000.00 ( ) L 20,000.01 - L 50,000.00 ( ) L 50,000.01 - L 100,000.00 ( ) L 100,000.01- L 500,000.00 ( ) L 500,000.01 - en adelante ( )			
Dirección Completa del Empleador			
País	Departamento	Municipio	Colonia

Calle		Bloque	Casa
No. De Teléfono Fijo		Sitio Web	Correo Electrónico
Nombre del Cónyuge (si aplica)			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Nombre completo e identidad de la persona de quien depende económicamente (si aplica):

Número de identificación	Tipo de identificación:		
	Tarjeta de Identidad ____ Pasaporte ____ Carné de Residente ____		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	

## II. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL SEGURO

- La edad de aceptación será de 18 a 65 años.

## III. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL CONTRATO

- ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o medico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias) si (\_\_\_) No (\_\_\_)
- ¿Ha requerido atención medica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis? si (\_\_\_) No (\_\_\_)
- ¿Ha requerido atención médica de enfermedades de transmisión sexual, sida, o enfermedades venéreas? si (\_\_\_) No (\_\_\_)
- ¿le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer? si (\_\_\_) No (\_\_\_)
- ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnostico de alguna enfermedad? Si (\_\_\_) No (\_\_\_)

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, SÍRVASE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN DETALLADA QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA:

Enfermedad padecida o tratamiento recomendado	Fecha	Duración	Nombre médico o Clínica	Estado Actual
---	-------	----------	-------------------------	---------------


**IV. BENEFICIARIOS**

- En caso de fallecimiento del Asegurado el importe de la Suma Asegurada se pagará a las personas que el asegurado designe a continuación:  
**(Son de libre designación y con carácter gratuito)**

Nombre y Apellidos	Parentesco	%

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en el presente certificado en cualquier tiempo, sin embargo esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

**V. VIGENCIA**

Entrará en vigor: Desde: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Al medio día Al medio día

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguros, así mismo hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza a emitirse.

Reconozco que de no ser cierta alguna de las situaciones antes mencionadas, el seguro estará sujeto a nulidad y que, en ese supuesto, no generará derechos a ninguna persona bajo ningún concepto, todo ello de conformidad a lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza. Dado lo anterior, autorizo expresamente a cualquier médico, laboratorio y/u hospital que me hubiere atendido, a suministrar a Seguros Atlántida, S.A., los datos que posean sobre mi estado de salud.

El solicitante autoriza a la Institución Financiera para que realice el débito de su cuenta de ahorro, Cuenta de Cheque o el cargo de su Tarjeta de Crédito, de la suma correspondiente, según la periodicidad de pago de prima seleccionada y de acuerdo al Plan escogido.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_