

De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. _____ de SEGURO MEDICO HOSPITALARIO COLECTIVO, emitida a nombre de _____ con R.T.N _____ se solicita inscribir como Asegurado a _____ quien ingresó el _____ de _____ del _____ y con remuneración de _____ por mes. La suma asegurada correspondiente es _____.

_____ de _____ del _____

Firma Autorizada para Contratar

I. DATOS DEL SEGURO

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)			

III. ANTECEDENTES DE SALUD

A. PESO (EN LBS) _____ ESTATURA (EN MTS) _____

B. ¿PADECE EL SOLICITANTE O LE HA SIDO DIAGNOSTICADO O ESTÁ EN TRATAMIENTO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------|
| 1. TUMORES O CÁNCER | SI ___ NO ___ | 8. DIABETES MELLITUS | SI ___ NO ___ |
| 2. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | SI ___ NO ___ | 9. ENFERMEDADES PULMONARES | SI ___ NO ___ |
| 3. INFARTOS | SI ___ NO ___ | 10. DERRAME CEREBRAL | SI ___ NO ___ |
| 4. PRESIÓN ARTERIAL ALTA | SI ___ NO ___ | 11. TIENE PENDIENTE ALGUNA OPERACIÓN | SI ___ NO ___ |
| 5. INSUFICIENCIA RENAL | SI ___ NO ___ | 12. ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO | SI ___ NO ___ |
| 6. SIDA | SI ___ NO ___ | 13. OTRAS ENFERMEDADES | SI ___ NO ___ |
| 7. ENFERMEDADES MENTALES | SI ___ NO ___ | | |



SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

NO. DE PREGUNTA	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

PARA PERSONAS DE SEXO FEMENINO

¿ESTÁ USTED EMBARAZADA? _____ ¿DE CUANTOS MESES? _____ FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____

INFORMACION PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO / TITULAR DE LA PÓLIZA
 ME ADHIERO A LA SOLICITUD BÁSICA Y PÓLIZA MAESTRA DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO COLECTIVO CONTRATADO ENTRE LAS PARTES, EN CONSECUENCIA DOY MI PLENA CONFORMIDAD CON TODO LO ACTUADO ENTRE DICHAS PARTES CON RELACIÓN A DICHO SEGURO.

NOMBRE COMPLETO TITULAR: _____ IDENTIDAD: _____

SOLO PARA COBERTURA FAMILIAR NOMBRE DE LOS DEPENDIENTES QUE DESEA ASEGURAR

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SEXO	IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES

	PREGUNTAS	SI	NO	NOMBRE DE LA PERSONA PARA QUIEN ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
1	¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad o sufrido alguna lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	¿Ha consultado o ha sido tratado por algún médico debido a su salud, condición física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	¿Está usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



4	¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	En caso de ser mujer; ¿Tiene antecedentes obstétricos o enfermedades de los pechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGUNA VEZ LE HAN PRACTICADO:			
7	¿Electrocardiogramas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Análisis o pruebas de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Radiografías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

NO. DE PREGUNTA	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

IV. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos, personas, clínicas, instituciones u otro para que suministren a seguros Atlántida, S.A., cualquier información incluyendo copias de sus archivos, expediente del paciente, exámenes de laboratorio, ultrasonido y rayos x, etc. pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Aseguradora se reserva el derecho de retener la liquidación de este reclamo hasta obtener toda la información necesaria.

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 emitiera 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 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. BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aun en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcione a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

