

Solicitud de Seguro de Enfermedades Graves

Este documento solo constituye una Solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		Apellido de Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad		Nacionalidad
	Día Mes Año			
Número de identificación (anexar fotocopia)	Tipo de identificación			
	D.N.I	Pasaporte	Carné de Residente	
Sexo	Estado Civil		Nombre del Cónyuge	
M F	S C V UL			
Dirección Completa de Residencia:				
Teléfono de Residencia		Fax No.		Correo Electrónico
Nombre de la Empresa o Negocio donde labora		Posición / Cargo que desempeña		Tiempo de laborar en la empresa
Dirección Completa de la Empresa o Negocio donde labora:				
Teléfono de Trabajo		Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Especifique detalladamente su fuente de ingresos:				
		Asalariado Socio	Independiente Pensionado	Estudiante Rentista Jubilado

. Las enfermedades calificadas como Enfermedades Graves cubiertas son las siguientes:

Cáncer, Infarto al Miocardio, Accidente Vascular Cerebral, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía Arterio Coronaria (BY PASS – 2 O MAS ARTERIAS) o Trasplante de Órganos Mayores

PLAN	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada L.	115,000.00	230,000.00	345,000.00	575,000.00

Autorizo a Banco Atlántida, S.A. debitar mi cuenta de cheques, ahorro o tarjeta de crédito según la periodicidad y el plan escogido				
Prima Mensual <input type="checkbox"/>	Prima Anual <input type="checkbox"/>	Valor de la Prima L _____	No. de Cuenta o tarjeta: _____	

Por medio de la presente solicitud, libre y espontáneamente doy mi consentimiento par a ser Asegurado en la póliza de “Seguro de Enfermedades Graves” expedida por Seguros Atlántida, S.A.

Declaración obligatoria de Salud

¿El solicitante presenta o ha presentado alguno de los siguientes padecimientos?

1. Diabetes en cualquiera de sus tipos, insuficiencia renal o afectación de ambos riñones.

SI___ **NO**___

2. Problemas con el corazón, sistema circulatorio, hipertensión arterial, trastornos neurológicos, cerebrovasculares, mentales o depresivos.

SI___ **NO**___

3. Cirrosis hepática, hepatitis crónica "B" o "C", pancreatitis, sangrado del tubo digestivo.

SI___ **NO**___

4. Enfisema, asma crónica, Tuberculosis, Tos crónica

SI___ **NO**___

5. Cáncer, Tumores malignos, Leucemia o Lupus, SIDA o seropositivo al VIH, enfermedades de la sangre

SI___ **NO**___

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que, por ende, no presento ninguna manifestación o sintomatología de quebrantos en mi salud que pudieran llevar a cualquier persona normalmente diligente en la conservación de su salud a consultar un médico. También declaro que no me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad grave o que incremente el riesgo al que pretende dar cobertura la antes citada póliza, que mi habilidad física no se encuentra disminuida ni limitada y que no padezco de ninguna enfermedad terminal. 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.

Lugar y fecha de solicitud_____

Firma del solicitante _____