

SOLICITUD DE CONTRATANTE PARA LA EMISIÓN DE PÓLIZA

El Contratante (Razón Social o Nombre Jurídico) _____ solicita a Seguros Atlántida, S.A., la emisión de una Póliza de Seguro Colectivo de Salud Primaria Integral (Gastos Médicos Menores), favor llenar lo siguiente:

I. Información de la Persona Jurídica Contratante (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, aplique, favor escribir "N/A".)

Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	No. de RTN (adjuntar fotocopia)	
Dirección completa:			
Teléfono de la Empresa	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Giro o Actividad Económica del Negocio:	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>	Servicios Financieros <input type="checkbox"/>
			Otros <input type="checkbox"/>
Cual _____			
No. de Inscripción en el Registro Mercantil (anexar copia escritura social y reformas)			
¿Mantiene pólizas suscritas sobre estos bienes con otra(s) aseguradora(s)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

II. Información personal del Representante Legal o Contratante (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A".)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de Casado (a)
Lugar de Nacimiento	Fecha Nacimiento	Edad	Nacionalidad
	____/____/____		



Número de identificación (anexar fotocopia)		Tipo de identificación		
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de Residente <input type="checkbox"/>
Sexo	Estado Civil	Nombre del Cónyuge:		
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>			
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 donde labora:				
Teléfono de Trabajo		Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Especifique detalladamente su fuente de ingresos:				
Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	
Socio <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>		



III. Datos sobre la póliza:

1. Coberturas:

- **Seguro Colectivo de Salud Primaria Integral (Gastos Médicos Menores):**

- Gastos Médicos Cubiertos:

- ✓ Consulta Médica.
- ✓ Exámenes de Laboratorio.
- ✓ Rayos X.
- ✓ Ultrasonido.
- ✓ Pruebas Diagnósticas Especiales.
- ✓ Vacunas.
- ✓ Urgencia Médica.
- ✓ Ambulancia por Urgencia Médica.

- Coberturas Opcionales:

- ✓ Medicamentos Recetados

