

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 Hospitalización (Gastos Médicos Mayores), 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 ☐ Comercial ☐ Transporte ☐ Construcción ☐ Agrícola ☐ Civil ☐ Servicios Financieros ☐ Otros ☐ 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 ☐ No ☐			

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 ☐	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 donde labora:			
Teléfono de Trabajo	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Especifique detalladamente su fuente de ingresos:			
Asalariado ☐	Independiente ☐	Estudiante ☐	Rentista ☐
Socio ☐	Pensionado ☐	Jubilado ☐	

III. Datos sobre la póliza:

1. Coberturas:

• Seguro Colectivo por Hospitalización (Gastos Médicos Mayores):

- Gastos Médicos Cubiertos:

- ✓ Hospitalización. ☐
- ✓ Transplantes. ☐
- ✓ Cobertura de Continuidad Familiar. ☐

- Coberturas Opcionales:

- ✓ Cobertura Embarazo y Parto. ☐
- ✓ Cobertura de Cuidado Crítico Neonatal. ☐



2. Vigencia:

Duración: Desde: _____ / _____ / _____ a las 12:00m

Día

Mes

Año

Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m

Día

Mes

Año

3. Forma de Pago de Prima:

El Seguro es contributivo cuando las personas elegibles contribuyen al costo del plan y No contributivo cuando el Patrono o Contratante paga el costo total del plan.

✓ Seguro Colectivo de Hospitalización (Gastos Médicos Mayores)

Contributivo

☐

No Contributivo

☐**4. Condiciones para formar parte del Grupo Asegurable:**

a. Edad de ingreso entre 15 y 70 años inclusive.

b. Tener como mínimo, tres meses de pertenecer al Grupo Asegurable.

c. Número Total de Empleados: _____.

d. Número de Miembros de Formarán parte del Grupo Asegurable: _____.

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.

Fecha en _____ el día _____ de _____ del 20_____.

Por el Contratante

Nombre _____

Cargo _____

Firma y Sello _____

Por el Intermediario

Nombre _____

No. de Registro _____

Firma y Sello _____

