

ATLÁNTIDA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS

Asegúrese de leer toda la solicitud, las respuestas y datos que deben consignarse en este documento deben ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud. Las respuestas que no sean pertinentes se contestarán con la palabra "NADA", considerándose en sentido negativo toda falta de respuesta o la sustitución de dicha palabra por raya u otro signo, siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o la persona a ser asegurada, pues esta solicitud forma parte legal de su expediente.

PLAN SOLICITADO:

| | | | | |
|-----------|-----------|----------------|----------------|----------------|
| Plan A CA | Plan B CA | Plan C Mundial | Plan D Mundial | Plan E Mundial |
| \$50,000 | \$100,000 | \$250,000 | \$500,000 | \$1,000,000 |

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

DUI: _____ NIT: _____ Estatura: _____ mts Peso: _____ lbs

Género: M () F () Celular: _____ Ocupación: _____

Dirección de Residencia: _____

_____ Telefono: _____

Nombre y Dirección del lugar de Trabajo: _____

_____ Teléfono: _____

Para envío de correspondencia: Residencia () Trabajo () Correo electrónico: _____

II. FAMILIARES DEPENDIENTES A LOS QUE DESEA ASEGURAR

| Nombre completo | Parentesco | Fec de Nac. | Estatura | Peso |
|-----------------|------------|-------------|----------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

III. INFORMACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS

Nombre y dirección de los médicos que lo atienden a usted o cualquiera de sus dependientes a incluir en el seguro:

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurar ha estado cubierto bajo algún Seguro de Gastos Médicos? SI () NO ().
 En caso afirmativo favor indicarnos la persona asegurada, Aseguradora y fecha de emisión de la póliza.

| Persona Asegurada | Compañía Aseguradora | Fecha de Emisión | Suma Gastos Médicos |
|-------------------|----------------------|------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Ha reclamado o algún miembro de su grupo familiar ha presentado reclamaciones en pólizas de Gastos Médicos, Accidentes Personales o por Invalidez? SI () No ()

| Nombre del reclamante | Aseguradora | Enfermedad / Padecimiento | Cantidad recibida | Fecha |
|-----------------------|-------------|---------------------------|-------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Usted o algún miembro de su familia nombrados en esta solicitud, les han sido rechazados, aplazadas, limitadas o con recargo en la prima, algún Seguro de Gastos Médicos, Vida o Accidentes Personales? SI () NO ()

| Persona a la que aplica | Aseguradora | Fecha | Tipo de Seguro | Razón |
|-------------------------|-------------|-------|----------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Está actualmente usted o algún miembro de su grupo familiar a asegurar, bajo observación, tratamiento médico o se le ha recomendado algún procedimiento quirúrgico o de cualquier otro tipo? SI () NO ()

| Persona a la que aplica | Padecimiento | Medicamento | Dosis | Duración del tratamiento |
|-------------------------|--------------|-------------|-------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Ha tenido alguno de los solicitantes cualquiera de los siguientes síntomas o le han diagnosticado alguna enfermedad? Indique SI o NO, marcando en donde corresponda y subrayando el(los) padecimiento(s).

| Para Titular o dependientes | Titular | | Dependientes | | Nombre de la persona a la que aplica |
|---|---------|----|--------------|----|--------------------------------------|
| | SI | NO | SI | NO | |
| 1) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta? | SI | NO | SI | NO | |
| 2) ¿Desmayos, mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos nerviosos o mentales, defectos al hablar, parálisis, apoplejía, embolias? | SI | NO | SI | NO | |
| 3) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño? | SI | NO | SI | NO | |
| 4) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, arritmia cardíaca, soplo en el corazón, vasos arteriales, varices, trombosis o insuficiencia venosa? | SI | NO | SI | NO | |
| 5) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, estreñimiento, gastritis, reflujo gastroesofágico, indigestión recurrente o cualquier trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas. | SI | NO | SI | NO | |
| 6) ¿Azúcar, albumina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedra o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, del recto y órganos reproductivos? | SI | NO | SI | NO | |
| 7) ¿Diabetes, dislipidemia,, hiperuricemia, enfermedades de la tiroides o cualquier otro trastorno endocrinológico? | SI | NO | SI | NO | |
| 8) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática? | SI | NO | SI | NO | |

| | | | | | |
|--|----|----|----|----|--|
| 9) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastorno de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, discos intervertebrales, espalda y las articulaciones? | SI | NO | SI | NO | |
| 10) Trastornos de la piel, manchas y acné, glándulas linfáticas, quiste, tumores, cáncer? | SI | NO | SI | NO | |
| 11) Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea o sistema linfático? | SI | NO | SI | NO | |
| 12) Enfermedades por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA, VIH positivo, hepatitis B, hepatitis C, lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena? | SI | NO | SI | NO | |
| 13) ¿Algún trastorno físico o mental, así como cualquier enfermedad o mal formación congénita? | SI | NO | SI | NO | |
| 14) ¿Usa o ha usado barbitúricos, algún tipo de droga, anfetaminas, drogas que producen alucinamiento como estupefacientes y/o psicotrópicos (incluyendo marihuana) o que alteren su estado mental, físico y que produzcan hábito? | SI | NO | SI | NO | |
| 15) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas, alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño, etc.? | SI | NO | SI | NO | |
| 16) ¿Alguno de sus padres, hermanos(as) han padecido diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Indique el familiar y padecimiento | SI | NO | SI | NO | |
| 17) ¿Problemas en órganos reproductores, próstata? | SI | NO | SI | NO | |
| 18) ¿Ha sido o algún miembro del grupo familiar receptor o donador de órganos? | SI | NO | SI | NO | |
| 19) ¿A usted o alguno del grupo familiar le han hecho transfusiones de sangre o terapia con hemoderivados? | SI | NO | SI | NO | |
| 20) ¿Ha recibido o algún miembro del grupo familiar tratamientos de radioterapia o quimioterapia? | SI | NO | SI | NO | |
| Para mujeres Titulares o Dependientes | | | | | |
| 21) ¿Trastornos de órganos reproductivos, menstruación, embarazos o problemas en los senos? | SI | NO | SI | NO | |
| 22) ¿Le han practicado cesárea? | SI | NO | SI | NO | |
| 23) ¿Se encuentra actualmente embarazada? Si lo está, indicar fecha probable de alumbramiento. | SI | NO | SI | NO | |
| Hábitos y actividades especiales. | | | | | |
| 24) ¿Usted o cualquiera de los miembros de la familia fuma actualmente o ha fumado cigarrillos, consume o ha consumido alcohol? Indicar cantidades | SI | NO | SI | NO | |
| 25) ¿Practica o alguna de sus familiares, alpinismo, carreras de auto, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte, considerado de alto riesgo o peligroso? | SI | NO | SI | NO | |
| 26) Ha sido, es o piensa ser piloto aviador, miembro de tripulación en aerolínea comercial o particular? | SI | NO | SI | NO | |

| Información adicional aplicable al solicitante y sus familiares dependientes, que hayan efectuado o tenido durante los 5 últimos años a cualquiera de las siguientes preguntas. | | | | | |
|---|----|----|----|----|--|
| 27) ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, lesión o cirugía? | SI | NO | SI | NO | |
| 28) ¿Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? | SI | NO | SI | NO | |
| 29) Se ha realizado electrocardiogramas, radiografías u otras pruebas diagnósticas? | SI | NO | SI | NO | |
| 30) ¿Ha consultado algún médico o le han recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no se ha realizado? | SI | NO | SI | NO | |
| 31) ¿Se encuentra actualmente bajo observación de un médico, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? | SI | NO | SI | NO | |
| 32) ¿Se ha sometido a la prueba del VIH? Indique resultado | SI | NO | SI | NO | |
| 33) ¿Ha tenido algún familiar con alguna enfermedad hereditaria o congénita? | SI | NO | SI | NO | |

Si existe alguna respuesta a la parte anterior es afirmativa favor amplíe la información:

| Pregunta | Persona a la que aplica | Enfermedad / padecimiento | Fecha del Tratamiento |
|----------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Duración | Nombre del Médico | Hospital o Clínica | |

| Pregunta | Persona a la que aplica | Enfermedad / padecimiento | Fecha del Tratamiento |
|----------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Duración | Nombre del Médico | Hospital o Clínica | |

| Pregunta | Persona a la que aplica | Enfermedad / padecimiento | Fecha del Tratamiento |
|----------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Duración | Nombre del Médico | Hospital o Clínica | |

| Pregunta | Persona a la que aplica | Enfermedad / padecimiento | Fecha del Tratamiento |
|----------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Duración | Nombre del Médico | Hospital o Clínica | |

| Pregunta | Persona a la que aplica | Enfermedad / padecimiento | Fecha del Tratamiento |
|----------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Duración | Nombre del Médico | Hospital o Clínica | |

IV. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos, exactos y que no se ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros y si en base a las mismas se omitiere 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 a sus normas de selección, así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la misma.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso, HAGO CONSTAR que me enterado de las cláusulas que contendrá la póliza, cuya emisión solicito de acuerdo a oferta presentada; que otorgo mi conformidad con estas cláusulas y acepto las obligaciones que las mismas me imponen. Entiendo también que la cobertura solicitada será efectiva hasta la fecha en que la solicitud haya sido aprobada y aceptada por la Aseguradora.

V. AUTORIZACIÓN

Autorizo por este medio a cualquier médico, hospital, clínica pública o privada, laboratorio, ISSS, Aseguradora u otra entidad relacionada con la medicina o cualquier persona que tenga conocimiento de mi salud y la de mis familiares dependientes, para que suministren a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas, la información que esta requiera, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la revelación de los datos sobre mi persona o de mis familiares. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

Lugar y fecha: _____

Firma del Solicitante

Nombre del Intermediario de Seguros

Código

Firma o sello del Intermediario