



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

**SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS PROSALUD EJECUTIVOS
SOLICITUD INDIVIDUAL DEL PARTICIPANTE Y PERSONAS CUBIERTAS**

ATENCIÓN: Toda solicitud deberá ser rellena completamente para poder efectuarse el trámite que corresponda sin demora alguna. Favor adjuntar fotocopia de documento de identificación requerido según aplique.

I. Datos del Contratante:

No. Póliza Vigente: _____ Tipo de Plan: Ejecutivo I () Ejecutivo II ()

Contratante: _____

Firma del Contratante: _____ Fecha: _____

II. Datos del Solicitante:

Nombre y Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

Dirección Domiciliar: _____

Teléfono Casa: _____ Fax: _____ Apartado Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Profesión u Oficio: _____

Identificación*: _____ Cargo: _____

Fecha de Solicitud: ____/____/____

III. Grupo Propuesto:

	Sexo	Miembros de la Familia	No. Cédula de Identidad Fecha de Nacimiento menores de 16 años.	¿Vive con aplicante?	Ocupación
Solicitante				N/A	
Esposa (o)					
Hijo(a)					
Hijo(a)					
Hijo(a)					
Hijo(a)					

La firma del Solicitante es en forma jurada, certificando la veracidad y exactitud de la información en esta solicitud. Información errónea, falsa o engañosa es causa para negación de esta solicitud. El Solicitante también declara entender que este documento constituye únicamente una solicitud de seguro, y que el mismo entrará en vigencia hasta que la Compañía emita la respectiva póliza.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Identificación:

- ✓ Para Nicaragüenses Cédula de Identidad y en caso de Extranjeros Cédula de Residencia y No. de Registro de Cédula de residencia o No. de Pasaporte Vigente y No. de Registro de Pasaporte, Documento CA-4 (Centroamericanos) o Carnet Diplomático.
- ✓ Adjuntar: Fotocopia de los documentos antes mencionados de todas las personas a asegurarse.

