

**Solicitud Póliza ProSalud Dorado
Del Participante y Personas Cubiertas**

Fecha de Solicitud ____/____/____

I.- Contratante / Empresa para la cual labora el Participante Propuesto				
Razón Social Registrada				Cargo del Participante Propuesto
Representante Legal - Nombre y Apellidos				Identificación *
Dirección de Cobro	() Teléfono	() Fax	E mail Apartado Postal	No. RUC
II.- Nombre del Participante Propuesto				Actividad de la Empresa
Apellidos		Nombre		Profesión u Oficio
Dirección del Participante Propuesto			País de Residencia	Identificación *
Teléfono de la Casa ()	Teléfono del Trabajo ()	Fax ()	Teléfono Móvil	Email
				Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()

III.- Marque el Plan con el Deducible seleccionado:

Plan A ()	Plan B ()	Plan C ()	Plan D ()
Internacional / Regional	Internacional / Regional	Internacional / Regional	Internacional / Regional
US\$1,000.00 / US\$ 500.00	US\$2,500.00/ US\$1,250.00	US\$5,000.00 / US\$2,500.00	US\$ 10,000.00 / US\$ 5,000.00

IV.- Dependientes Seleccionados para Cobertura Deseada

Ninguna Cónyuge Hijos Número de Hijos _____

Modo de Pago

Anual Semestral Trimestral

Mensual No. cuotas _____

Tipo de Moneda: Dólares Norteamericanos

Forma de Pago:

Cheque Tarjeta de Crédito
Efectivo Deducción Automática

Contratante de la Póliza:

Participante Propuesto () Empresa, Organismo u Organización para la cual labora ()

V.- Designación de Beneficiarios "Seguro de Muerte Accidental"			
Nombre Completo	Dirección	Parentesco	

VI.- Grupo Propuesto:

	Sexo	Miembros de la Familia	No. Cédula de Identidad / Fecha de Nacimiento menores de 16 años de edad.	¿Vive con el Aplicante?
Solicitante				N/A
Cónyuge				
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

Resolución: SIB-OIF-XX-337-2012
Fecha: 21 de noviembre de 2012



Nombre del Solicitante: _____ No. de Póliza: _____

DECLARACION DEL SOLICITANTE

Hago constar que las respuestas y declaraciones en la Solicitud y Cuestionarios Médicos son veraces, correctas y entiendo y estoy de acuerdo que cualquier inexactitud en las respuestas constituirá la base para la negación de una reclamación, invalidar o cancelar cualquier beneficio para el cual haya solicitado servicios médicos. En caso de que **SEGUROS AMERICA, S. A.** cancele o invalide la prestación de los beneficios que he solicitado como resultado de haber omitido o no haber suministrado historial médico pasado o declarado condiciones preexistentes, de ser así **SEGUROS AMERICA, S. A.** se reserva el derecho de recuperar de mí todos los costos y honorarios incurridos en la investigación de la información necesaria para obtener la información no declarada.

Entiendo, que el agente que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar parte de esta solicitud, beneficios, condiciones o restricciones incluidas en el contrato, por la cual se ha solicitado participación en el plan y que la información requerida en la solicitud debe aparecer por escrito en la misma. También entiendo que esta solicitud formara parte integral del plan de Beneficios Médicos que se emitirá y que **SEGUROS AMERICA, S. A.** utilizará la información de la solicitud para determinar si se emite o no el Contrato de Beneficios Médicos solicitado.

Entiendo además que los beneficios solicitados no serán efectivos hasta la fecha en que la solicitud haya sido aprobada y aceptada por **SEGUROS AMERICA, S. A.**, con la primera cuota pagada y el contrato emitido y sujeto a todas las condiciones y restricciones en él incluidas.

**Entiendo también que este Plan de Beneficios Médico-Hospitalarios no es disponible
Para personas que residan fuera del Territorio Nicaragüense.**

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA** ____/____/____

AUTORIZACION MÉDICA

Autorizo a cualquier médico, practicante de medicina, hospital, u otra entidad medica o relacionada con la medicina, “**Medical Information Bureau**” (MIB) u otra organización, compañía de seguros, reaseguro, institución o persona que tenga historial médico o conocimientos míos o de la salud mía o de los miembros de mi familia incluidos en este plan, proporcionar a **SEGUROS AMERICA, S. A.**, sus administradores, reaseguradores o los representantes legales de la misma cualquier y toda la información solicitada. La naturaleza de la información autorizada a revelarse incluye toda la información acerca de las evaluaciones médicas, cuidados, estudios de diagnósticos, tratamientos, diagnósticos o consultas con respecto a la persona asegurada que firmó este documento, o sus dependientes incluidos. Entiendo que la información obtenida con esta autorización será usada por **SEGUROS AMERICA, S. A.** y sus reaseguradores, solamente y con el sólo propósito de evaluar mi solicitud. Una copia de esta solicitud tendrá la misma fuerza y efecto legal que el original. Esta autorización será valida mientras el contrato se encuentra en vigor.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA** ____/____/____

FIRMA DEL CONYUGE: _____ **FECHA** ____/____/____

Certifico que he entregado una copia del folleto al solicitante y que he verificado la exactitud de la información proporcionada por el mismo.

NOMBRE DEL AGENTE

CODIGO

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA AUTORIZADA
SEGUROS AMERICA, S. A.