

## Solicitud Seguro Colectivo de Gastos Médicos

Fecha de Solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I.- DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social Registrada \_\_\_\_\_ Registro Único del Contribuyente (RUC) \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal \_\_\_\_\_ Identificación del Representante Legal \* \_\_\_\_\_

Actividad Económica Principal de la Empresa \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro \_\_\_\_\_

Apartado Postal \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica \_\_\_\_\_

No. Teléfono [ ] \_\_\_\_\_ No. Fax: [ ] \_\_\_\_\_

### II.- TIPO DE PLAN SELECCIONADO

ProSalud Ejecutivo I ( ) ProSalud Ejecutivo II ( ) Seguro Hospitalario ( )  
 Cobertura Nacional e Internacional Cobertura Centroamericana Cobertura Nacional  
 (Excluye Panamá y Belice)

**III.- TOTAL DE EMPLEADOS ELEGIBLES**  
 No. \_\_\_\_\_

### IV.- DEPENDIENTES A INCLUIR

( ) Ninguna ( ) Cónyuge ( ) Hijos ( ) Número de Hijos \_\_\_\_\_

### V.- FORMA DE PAGO

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Trimestral ( ) Mensual No. de cuotas \_\_\_\_\_  
 Tipo de Moneda: Dólares Norteamericanos

### VI.- PAGO POR MEDIO DE

( ) Efectivo ( ) Cheque ( ) Tarjeta de Crédito ( ) Dedución Bancaria ( ) Dedución de Planilla

### VII.- BENEFICIOS ADICIONALES

	Si	No
1. Chequeo Médico Preventivo para Asegurados Titulares cada dos años	( )	( )
2. Avión Ambulancia (Aplica únicamente para Póliza Internacional)	( )	( )
3. Seguro Accidentes Personales y de Sepellium (Seguro Hospitalario)	( )	( )

La firma del Solicitante es en forma jurada, certificando la veracidad y exactitud de la información en esta solicitud. Información errón 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 CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA AGENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

#### **Identificación\*:**

✳ Indicar: 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 todos los Asegurados.

✳ Contratante Persona Jurídico: Adjuntar los documentos requeridos según la Norma de Prevención de Lavado de Dinero. Escritura de Constitución, Poder de Administración, Fotocopia de Cédula RUC; Fotocopia de Identificación del Representante Legal o en casos de otros organismos o instituciones documentos que los acreditan a operar legalmente en el País.