

## Seguro Hospitalario (SH)

### Solicitud del Contratante y/o Participante y Personas Cubiertas

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

<b>I.- DATOS DEL CONTRATANTE</b>				
Razón Social Registrada			Cargo del Participante Propuesto	
Representante Legal (Nombre y Apellidos)				Identificación*
Dirección de Cobro	( ) Teléfono	( ) Fax	Email Apartado Postal	No. RUC Actividad de la Empresa
<b>II.- Nombre del Participante Propuesto</b>				
Apellidos		Nombre		Apellido de Casada
Dirección del Solicitante				País de Residencia
Teléfono de la Casa ( ) ( )				Estado Civil:
Teléfono del Trabajo ( ) ( )		Fax ( ) ( )	Teléfono Móvil	Soltero ( ) Casado ( )
Email				Viudo ( ) Divorciado ( )

**III.- Plan de Seguro Seleccionado:** Marque con una "X" en el recuadro.

Beneficios	Limites de Cobertura	
	Plan Básico <input type="checkbox"/>	Plan Superior <input type="checkbox"/>
Beneficios Médicos-Hospitalarios:	U\$15,000.00	U\$25,000.00
Cobertura por Accidentes Personales:	U\$10,000.00	U\$15,000.00
Cobertura de Gastos Funerales:	U\$1,500.00	U\$2,500.00

 Tipo de Moneda:  
 Dólares Norteamericanos

**Notas:**

- El límite de cobertura para el beneficio de Cobertura por Accidentes Personales se reduce al 50% para los hijos.
- Los beneficiarios previamente designados para la Cobertura por Accidentes personales y la de Gastos Funerales son: Del Solicitante o conyugue el sobreviviente de ambos, para los hijos el Solicitante, o en su defecto el conyugue sobreviviente. De no estar de acuerdo favor indicarlo por escrito.

**IV.- Dependientes Seleccionados para La Cobertura Deseada**
 Ninguna  Cónyuge  Hijos  Número de Hijos \_\_\_\_\_

**Modo de Pago**
 Anual  Semestral  Trimestral  
 Mensual No. cuotas \_\_\_\_\_

**Forma de Pago:**
 Cheque  Tarjeta de Crédito  
 Efectivo  Deducción Bancaria  
 Deducción Planilla

**V.- Grupo propuesto:**

	Sexo	Miembros de la Familia	No. Cédula Identidad o Fecha de Nacimiento menores de 16 años de edad	¿Vive con Solicitante?
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

**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 todas las personas a asegurarse.
- ✳ 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.



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.