

SOLICITUD PARA INSCRIPCION EN SEGURO COLECTIVO DE VIDA

No. Certificado _____

YO, Lotificadora Sula S.A. en mi calidad de contratante de la Póliza colectiva de Vida No. _____ emitida a favor de la entidad que represento solicito a Seguros Atlántida, S.A. inscribir como asegurado al Sr.(a) _____ con sueldo de Lps. _____
Suma Asegurada Lps. _____ Lugar y Fecha _____

DATOS GENERALES

Nombre _____
Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo Apellido
 Lugar y fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Profesión: _____ Estado Civil: _____
 Patrono: _____ Cargo que desempeña: _____
 Estatura Mts. _____ Peso Lbs: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cáncer SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diabetes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedades de riñones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Epilepsia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tumores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades
--	---	--

Especifique: _____

Para Personas de sexo femenino: _____
 ¿Esta Usted embarazada? _____ ¿De cuantos meses? _____
 Fecha de Padecimiento _____ Duración _____
 Nombre del Hospital o Clínica: _____
 Nombre del Médico Tratante: _____

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE PRINCIPALES

Nombre	Parentesco	Distribución
Lotificadora Sula S.A.		

CONTINGENCIA: (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

Nombre	Parentesco	Distribución

AUTORIZACION:

Autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, I.H.S.S. y laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan reconocermme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a Seguros Atlántida, S.A., las informaciones que ésta requiera, en relación al seguro solicitado.

Lugar y Fecha : _____

X

FIRMA DEL ASEGURADO