Seguros Atlántida

Formulario de solicitud de Seguros para Asistencia Médica

Ciudad	Fecha de solicitud			Novedad	Negocio nuevo ☐
	Día	Mes	Año	Inclusión ☐	Número de póliza _____ Número de póliza _____

CONTRATANTE

Razón social		RUC
Dirección	Ciudad	Correo Electrónico

DATOS DEL CONTRATANTE (EMPLEADO O PERSONA QUE TENGA VÍNCULO PRINCIPAL CON EL CONTRATANTE)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	No. Documento	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento
C.C ☐ PA ☐			F ☐ M ☐	Día	Mes	Año	

Dirección	Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular

Cuenta bancaria

Cuenta bancaria _____ Tipo de cuenta _____ Número de cuenta _____

PRODUCTOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Pyme Basic ☐	Pyme Plus ☐	Pyme Gold ☐	Deducible	Plan
Pyme Platinum ☐	Corporativo ☐	Otro ☐ _____	$ ☐ US$ ☐ _____	_____

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE CONTRATANTE Y FAMILIARES)

No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo documento	Número de identificación	Parentesco	Sexo	Peso (Kilos)	Estatura (centímetros)	Fecha de nacimiento		
											Día	Mes	Año
1					C.C ☐ PA ☐								
2					C.C ☐ PA ☐								
3					C.C ☐ PA ☐								
4					C.C ☐ PA ☐								
5					C.C ☐ PA ☐								
6					C.C ☐ PA ☐								
7					C.C ☐ PA ☐								
8					C.C ☐ PA ☐								
9					C.C ☐ PA ☐								
10					C.C ☐ PA ☐								

Tipo Documento
C.C.: Cédula de Ciudadanía
P.A.: Pasaporte

Parentesco
AP: Asegurado principal
CO: Cónyuge o Compañero
HI: Hijo
PA: Progenitor
HE: Hermano
NI: Nieto
TI: Tio
SO: Sobrino
SU: Suegro

NOTA: Si existen más solicitudes, favor completar en otra solicitud.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaración de asegurabilidad y autorizaciones para cada uno de los solicitantes

¿Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con lo siguiente?	Solicitante número 1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
Enfermedades del corazón o enfermedades de la circulación de la sangre, infarto al corazón, arritmias cardiacas, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratadados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, convulsiones, enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, enfermedades de la sangre, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, cálculos en el riñón, próstata, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroides, diabetes, pancreatitis, gastritis, colitis, hepatitis B o Hepatitis C, cirrosis hepática, retardo mental, trastornos psiquiátricos, demencia, enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Enfermedades Neurológicas, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, fracturas, hernias, enfermedades de la columna vertebral, consume drogas psicoestimulantes o ¿ Ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
¿Ha tenido enfermedades, lesiones o accidences diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, por las que ha recibido o está recibiendo tratamiento o control médico o tiene pendiente alguna cirugía?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Alguna de las solicitantes esta en embarazo? _____ ¿Cuántos meses? _____ Número de embarazos previos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
¿Algún familiar suyo ha padecido diabetes, cáncer, hipetensión arterial, enfermedad cardíaca, renal, mental u otras? ¿Quién? _____	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

Seguros Atlántida

Formulario de solicitud de Seguros para Asistencia Médica

Número pregunta	Número solicitante	Enfermedad/ Lesión - Medicamento	Operado	Tratado	Fecha comienzo			Médico tratante	Fecha terminación		
					Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐							
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐							
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐							
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐							
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐							

AUTORIZACIONES

Reafirmo que la solicitud fue diligenciada de manera objetiva, real y verídica suministrando información de buena fe.
Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal ecuatoriano.
Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora, no implica aprobación del contrato de seguro que se solicita, para ello es indispensable la aceptación escrita que la aseguradora haga del mismo.
HISTORIA CLINICA: Yo, _____ , autorizo a Seguros Atlántida S.A. para que tenga acceso a toda la información médica, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.
SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS: Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, la revocación del seguro al vencimiento de la vigencia en curso en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.
LICITUD DE FONDOS. *Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiéndome a comunicar oportunamente a Seguros Atlántida los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; además declaro que la relación con Seguros Atlántida, tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.
Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Atlántida para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro. De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Seguros Atlántida para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrato y por escrito.
Nota: El contratante acepta que puede acceder a su factura en formato electrónico a través del portal web www.segurosatlantida.ec en la sección Facturación Electrónica, para libre consulta y descarga"
Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello el presente documento.

Para consistencia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

_____
Firma del Contratante-Titular/Contratante
TD _____ No._____ de _____

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. Para efectos de control, asignó al presente formulario el Registro No. 53282; con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2020-00048616-O de 30 de noviembre de 2020.