

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR
SOLICITUD DE SEGURO



SOLICITUD N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
N° de RTN (Anexar Copia)		N° de Identificación (Anexar Copia)		Tipo de Identificación	
				Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>	
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)					

II. CUESTIONARIO MÉDICO

¿Le han sugerido algún tratamiento por enfermedades pulmonares, cardiovasculares, diabetes, hepatitis, sida, cáncer, insuficiencia renal o padece de algún defecto físico? SI NO
Especifique:

¿Tiene usted alguna dificultad mental o física para el desempeño de sus tareas laborales? SI NO
Especifique:

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o ha sufrido algún accidente u operación quirúrgica? SI NO
Especifique:

III. SUMA ASEGURADA

Solicito suscribir el presente seguro de acuerdo a la siguiente suma asegurada:

IV. BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado el importe de la Suma Asegurada se pagará a las personas que el asegurado designe a continuación: (Son de libre designación y con carácter gratuito)

N. Identificación	Nombre	Parentesco	Distribución

IV. BENEFICIARIOS CONTINGENTES

N. Identificación	Nombre	Parentesco	Distribución

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en la presente solicitud en cualquier tiempo, sin embargo esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

V. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

1. Por este medio hago saber que las declaraciones y contestaciones que anteceden han sido escritas o dictadas voluntariamente por mi persona; son completas y verdaderas. En caso de que existan declaraciones inexactas o reticencias sobre las mismas, de acuerdo al artículo 1141 del Código de Comercio libero a Seguros Atlántida, S.A. de cualquier responsabilidad derivada de esta solicitud.

2. Libre y espontáneamente doy mi consentimiento para la contratación del presente seguro.

Valor a Pagar: L. _____

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado