

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
FAMILIA SANA
SOLICITUD DEL SEGURO**

Póliza		Cliente		Inicio de Vigencia
Número de Cuenta Principal:	Cuenta Secundaria	Plan	Forma de Pago:	
Periodicidad del pago de la prima:		Sucursal	Empleado	

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)		Apellido de Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	
DNI	Tipo de Identificación		RTN	
Sexo	Estado Civil	Nombre completo del cónyuge		
Dirección Completa de Residencia				
Teléfono de Residencia	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web	
Nombre del negocio (si aplica)		Giro o actividad del negocio		
Nombre de la empresa donde labora	Posición/cargo que desempeña	Tiempo de laborar en la empresa		
Dirección completa de la empresa que labora				
Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Sitio Web	
Especifique detalladamente la fuente de ingresos				
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada) Si ____ No ____				

BENEFICIARIOS

No.	Nombre completo	DNI	Parentesco	%

DEPENDIENTES

No.	Nombre completo	DNI	Parentesco	%

COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada/Amparado
A. Fallecimiento	
B. Asistencia Médica	

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

Autorizo a (nombre de la institución financiera), para debitar de mi cuenta de ahorro, cheques o tarjeta de crédito, según la periodicidad seleccionada para cubrir el monto de las primas originadas en esta Póliza. Asimismo, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica y laboratorio para que suministre a **SEGUROS DEL PAÍS, S.A.** toda la información necesaria que hubiere sobre mi persona.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro que todas las respuestas anteriores son exactas, completas y verídicas, que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas o graves y que no ejerzo actividades peligrosas ni fuera de la ley.

SEGUROS DEL PAÍS, S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistir en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro.

Manifiesto que he leído toda la solicitud, las condiciones generales de la Póliza las cuales forman parte íntegra del contrato y he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ello.

Esta solicitud de seguro, cancela y reemplaza automáticamente cualquier otro seguro de Vida Familia Sana adquirido con anterioridad a mi nombre.

Extendido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma del Asegurado

Firma y sello de Seguros del País, S.A.