

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES
SOLICITUD DEL SEGURO
(MODALIDAD DEL SEGURO DE COBERTURA DE DEUDAS)**

a) DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:				
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:
				Apellido de casada:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Edad:
		Día	Mes	Año
				Nacionalidad:
Tipo de identificación: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carné de residente ☐			Número de identificación:	
			RTN:	
Profesión u oficio:		Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐
b) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
País:		Departamento:		Municipio:
				Residencial, colonia o barrio:
Calle:		Avenida:		Bloque:
				No. casa:
Correo electrónico:		Número de teléfono celular:		Número de teléfono de casa:
Es comerciante individual: Sí ☐ No ☐		Nombre del negocio (si aplica):		Giro del negocio:
Nombre de lugar de trabajo:		Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar:
				Salario:
c) INFORMACION DE LA DEUDA				
Monto del crédito:			Plazo (años):	
Tipo de crédito:			Suma asegurada:	
Detalle los créditos vigentes que tenga con el contratante de la póliza (detalle número de préstamo, monto inicial, saldo actual, plazo (años) y fecha de otorgamiento):				
Si el nuevo préstamo sustituirá alguno de los detallados, indicarlo:				

BENEFICIARIOS:

Beneficiario único e irrevocable:

Beneficiarios contingentes (este apartado debe ser completado únicamente si la suma asegurada por fallecimiento del asegurado fuere igual al monto inicial del crédito):

No.	Nombre Completo	DNI	Parentesco	% Distribución
1				
2				
3				
4				
5				

El solicitante del seguro declara y garantiza a la Aseguradora que ésta puede confiar en la información incluida en esta Solicitud y otros documentos (entre otras, la información de identificación) que la Aseguradora solicite razonablemente en relación con el Contrato de Seguros. Asimismo, garantizo que las declaraciones hechas y proporcionadas son verdaderas y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información, por lo que estoy de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indican, y estoy de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba.

Asimismo, acepto y entiendo que las declaraciones inexactas y las reticencias del solicitante del seguro, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave de conformidad con el Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del Solicitante

Aprobado