

PÓLIZA DE SEGURO TRANQUILIDAD FAMILIAR

SOLICITUD DE SEGUROS

SOLICITUD N°

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
No. De RTN (Anexar Copia)	No. 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. PLAN SELECCIONADO

Solicito suscribir el presente seguro de acuerdo a la siguiente opción seleccionada:

<input type="checkbox"/> Plan 1: L 75,000.00	<input type="checkbox"/> Plan 2: L 100,000.00	<input type="checkbox"/> Plan 3: L 200,000.00	<input type="checkbox"/> Plan 4: L 300,000.00
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

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)

Nro. Identificación	Nombre	Parentesco	Distribución

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nro. 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. DECLARACION 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.

Autorizo a Banco Atlántida, S.A. a que me debite de mi Tarjeta de Crédito, cuenta de Ahorro o Cuenta de Cheques No.:

Forma de Pago: Mensual Anual

Valor a Pagar:

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado

Vendido Por

Agencia