

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA TRANQUILIDAD FAMILIAR**SOLICITUD DE SEGURO****I. DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre Completo:
Tipo de Identificación: DNI _____ Pasaporte _____
Número de Identificación:
Nacionalidad:
Sexo: M ____ F ____
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Actividad Económica:
Lugar de Trabajo:
Correo Electrónico:
Número de Teléfono:
Procedencia de Recursos:
Monto aproximado de ingresos mensuales:

II. CUESTIONARIO MÉDICO

¿Le han sugerido algún tratamiento por enfermedades pulmonares, cardiovasculares, diabetes, hepatitis, sida, cáncer, insuficiencia renal o padece de alguna condición física diagnosticada médicamente? SÍ ____ NO ____
Especifique:
¿Tiene usted alguna dificultad mental o física para el desempeño de sus tareas diarias? SÍ ____ NO ____
Especifique:
¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o ha sufrido algún accidente u operación quirúrgica? SÍ ____ NO ____
Especifique:

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA TRANQUILIDAD FAMILIAR**III. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

La presente póliza está asociada a una obligación crediticia y ampara el fallecimiento o la incapacidad total y permanente del Asegurado en su calidad de deudor de una entidad financiera. Asimismo, la póliza incluye de forma adicional una cobertura de gastos funerarios y servicios de asistencia complementarios de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales.

Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura de Fallecimiento	
Cobertura de Incapacidad Total y Permanente	
Cobertura de Gastos Funerarios	
Servicio de Asistencia	

IV. BENEFICIARIO PREFERENTE

El Asegurado conoce y acepta que la entidad financiera es el beneficiario preferente del presente seguro, siendo esta quien recibirá en primer término el pago de la indemnización correspondiente en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente.

V. BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Nombre Completo	Identificación	Parentesco	Porcentaje
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

VI. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA TRANQUILIDAD FAMILIAR

En atención a lo anteriormente mencionado, el Asegurado firma la presente en señal de conformidad, en la fecha _____ de _____ del año _____.

FIRMA DEL ASEGURADO

SEGUROS ATLANTIDA