

**SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES  
SUELDO SEGURO PLUS  
SOLICITUD DE SEGURO**

Póliza:	Cliente:	Inicio de Vigencia:	
Cuenta Principal: Ahorros, Cheques o Tarjeta de Crédito	Cuenta Secundaria:	Plan:	Forma de Pago:
Prima Mensual: L.	Sucursal:	Empleado:	

**DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Número de Identificación	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	Fax No.	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)			

**BENEFICIARIOS**

No.	Nombre	No. Documento Nacional de identificación	Dirección	Parentesco	Porcentaje

**COBERTURAS**

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	(De acuerdo a Plan Contratado)
Pago Anticipado por Incapacidad Total y Permanente	(De acuerdo a Plan Contratado)
Desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental	Amparado
Gastos Fúnebres	L 10,000.00
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	(De acuerdo a Plan Contratado)

**AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO**

Autorizo a 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.

**DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

Manifiesto que he leído y que he recibido copia de la Solicitud y de las Condiciones Generales de la Póliza las cuales forman parte íntegra del contrato y he tomado conocimiento de mí derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ello.

Extendido en: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

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