

**SEGURO DE DESEMPLEO EN TARJETA DE CRÉDITO
SOLICITUD DE SEGURO**

Póliza	Cliente	Inicio de Vigencia	
Número de Tarjeta de Crédito	Cuenta Secundaria	Plan	Forma de Pago Mensual, Trimestral, Semestral o Anual
Prima Mensual, Trimestral, Semestral o Anual	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)			

BENEFICIARIO IRREVOCABLE

No.	Nombre	Identificación No.	Dirección	Parentesco	Porcentaje

COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada
Para Personas Asalariadas: Desempleo Involuntario	
Para Personas Independientes: Incapacidad Total Temporal por Accidente	

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.