



**SEGURO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y MUERTE ACCIDENTAL
"BANCO AZTECA FAMILIA PROTEGIDA"
SOLICITUD DE SEGURO**

Por la presente se solicita a Pan American Life Insurance Company, (La Compañía) un Seguro de Muerte por Cualquier Causa y Muerte Accidental "Banco Azteca Familia Protegida", con vigencia por un (1) año renovable a voluntad de ambas partes, sobre la vida de los miembros del grupo asegurable del Solicitante.

PÓLIZA N°:

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA SOLICITADO:

FECHA DE INICIO DE ANIVERSARIO:

INFORMACIÓN GENERAL DEL PATRONO O CONTRATANTE:

RAZÓN SOCIAL: _____

FECHA DE CONSTITUCIÓN: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

NOMBRE COMERCIAL: _____

DOMICILIO LEGAL: _____

CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ PAÍS: _____

PAÍSES, DEPARTAMENTOS DONDE TIENE OPERACIÓN: _____

REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL (RTN):

TELÉFONOS FIJOS: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA: _____ SITIO WEB: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Industria _____ Transporte _____ Construcción _____ Agrícola _____
Civil _____ Servicios Financieros _____ ONG _____ Otra _____ Cuál?: _____

REFERENCIAS BANCARIAS O COMERCIALES (INDICAR AL MENOS 2 REFERENCIAS)

1. _____ 2. _____

LISTE AL MENOS DOS (2) DE SUS PRINCIPALES PROVEEDORES:

1. _____ 2. _____

**Favor adjuntar fotocopia de Escritura Social de la Empresa y sus Reformas*

¿MANTIENE PÓLIZAS SUSCRITAS CON OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS?: SI _____ NO _____

SI SU RESPUESTA ES SÍ, FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

TIPO DE SEGURO: Daños: ____ Personas: ____ Fianzas: ____ Responsabilidad Civil: ____

SUMA ASEGURADA: LPS. _____

ORIGEN DE FONDOS PARA EL PAGO DE PRIMAS DE SEGURO:

MONTO APROXIMADO DEL TOTAL DE ACTIVOS: _____

VENTAS O INGRESOS ANUALES: _____

PROPOSITO DE LA PÓLIZA: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL AUTORIZADO O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA:

NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____ PAÍS _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Pasaporte _____ Tarjeta de Identidad _____ Carnet de Residencia _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____

NACIONALIDADES: _____

RTN (REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL): _____

PROFESIÓN, OCUPACIÓN, OFICIO O ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

¿HA DESEMPEÑADO CARGO PÚBLICO EN LOS ÚLTIMOS CUARTO (4) AÑOS? _____

SI SU RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE LA INSTITUCIÓN: _____

CARGO DESEMPEÑADO: _____

SEXO: M_ F_ ESTADO CIVIL: Casado__ Soltero__ Viudo__ Otro_____

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ PAÍS: _____

TELÉFONO DE RESIDENCIA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

El seguro entrará en vigencia en la fecha de emisión de la póliza.

FORMA DE PAGO:

DESCRIPCION DEL PLAN DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y MUERTE ACCIDENTAL “BANCO AZTECA FAMILIA PROTEGIDA”

El plan de seguro para los cuenta habientes, contempla las siguientes opciones de cobertura, las cuales se ofrecen mediante la suscripción de un contrato de seguro colectivo tradicional emitido entre el Banco de Azteca y Pan-American Life Insurance Company en el cual cada cuenta habiente titular asegurado que opte por este plan, recibirá un certificado de seguro y en el cual la prima es cubierta por él cuenta habiente asegurado mediante débito automático a su cuenta.

CUADRO DE CLASIFICACION (SEGURO DE VIDA):

Clase No.	Definición
1	Cuentahabientes Activos

1. DETALLE DE COBERTURAS:

Detalle de Coberturas		PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
1.	Muerte por Cualquier Causa	L 30,000	L 45,000	L 60,000	L 75,000
2.	Muerte Accidental	L 30,000	L 45,000	L 60,000	L 75,000
3.	Auxilio para Gastos Funerarios del Asegurado titular	L 4,500	L 6,750	L 9,000	L 11,250
4.	Servicios de Asistencia	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido