

# Solicitud de Seguro de Vida Sólida

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora.

### I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nor	mbre Segund	Segundo Nombre	
No. de RTN (Anexar Copia)	No. de Identificación (An	exar Copia)	Tipo de Identific	cación:	
			Tarjeta de identidad □  Carné de Resid	Pasaporte 🗆	

### **II. DATOS COMPLEMENTARIOS**

1.	¿Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ella?				
	-	Enfermedades Cardiovasculares	Sí □	No □	
	-	Enfermedades Pulmonares	Sí □	No □	
	-	Cáncer	Sí □	No □	
	-	Insuficiencia Renal	Sí □	No □	
	-	Diabetes	Sí □	No □	
	-	Hepatitis	Sí □	No □	
	-	SIDA	Sí □	No □	
	-	Aneurisma	Sí □	No □	
	-	Vértigo	Sí □	No □	
	-	Parálisis	Sí □	No □	

## III. BENEFICIARIO

• 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)



**IV. VIGENCIA** 

Beneficiarios Principales	Parentesco	%

Beneficiarios Contingentes	Parentesco	%

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en el presente certificado en cualquier tiempo, sin embargo, esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

Entrará en vigor: Desde:	de	del	Hasta	de	del	
-	Al medio	día		Al med	io día	

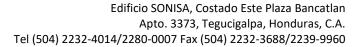
En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguros, así mismo hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza a emitirse.

#### V. AUTORIZACIONES

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnostico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a Seguros Atlántida, S.A., o a mi corredor de seguros.





Firma del solicitante	Fe	echa de solicitud	