

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 Nombre	Segundo Nombre
No. de RTN (Anexar Copia)	No. de Identificación (Anexar Copia)	Tipo de Identificación:	
		Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Carné de Residente ☐	

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)

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.

IV. VIGENCIA

Entrará en vigor: Desde: _____ de _____ del _____ Hasta _____ de _____ del _____
Al medio día Al medio 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 emitiera 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, diagnóstico 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 _____ Fecha de solicitud _____