

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
VIDA PLUS DEL PAÍS  
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza:		Cliente:		Inicio de Vigencia	
# de Cuenta Principal:		Cuenta Secundaria	Plan:	Forma de Pago:	Moneda:
Prima		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, de seguro, suma asegurada) Si ___ No ___ -							

**BENEFICIARIOS**

No.	Nombre	Identidad No.	Dirección	Parentesco	%

No.	Coberturas	Suma Asegurada
1	Fallecimiento	
2	Anticipo de Capital por Incapacidad Total y Permanente	
3	Anticipo de Capital por Enfermedades Graves	
4	Renta Diaria por Hospitalización	
5	Gastos Fúnebres	

## **CUESTIONARIO MÉDICO**

1. Peso en libras: \_\_\_\_\_ Estatura en metros: \_\_\_\_\_
2. ¿Ha padecido o padece de: SIDA o cero positivo a SIDA, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Pulmonares, Enfermedades Renales, Enfermedades Neurológicas o Mentales, Diabetes? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. ¿Tiene algún impedimento físico, algún grado de incapacidad o invalidez total y permanente? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Se encuentra usted embarazada? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuantas semanas de gestación? \_\_\_\_\_
5. ¿Le ha sido diagnosticado por un médico alcoholismo o adicción a drogas? Si \_\_\_ No \_\_\_

## **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.

Asimismo, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica y laboratorio para que suministre a **SEGUROS DEL PAÍS, S.A.** toda la información necesaria que hubiere sobre mi persona.

## **DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

Declaro que todas las respuestas anteriores son exactas, completas y verídicas, que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas o graves y que no ejerzo actividades peligrosas ni fuera de la ley.

**SEGUROS DEL PAÍS, S.A.**, se reserva todos los derechos que puedan asistir en caso de que antes o después de mí fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro.

**Manifiesto que he leído toda la solicitud, 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.**

Esta solicitud de seguro, cancela y reemplaza automáticamente cualquier otro seguro de Vida Plus del País adquirido anteriormente a mi nombre.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular de la Cuenta

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