

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
VIDA PLUS DEL PAÍS
SOLICITUD DEL SEGURO**

Póliza	Cliente	Inicio de Vigencia
Número de Cuenta Principal: Ahorros, Chequ Tarjeta de Crédito	Cuenta Secundaria	Plan
Forma de Pago: Mensual, Trimes 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 empres	
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.