

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INSCRIPCIÓN AL SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA**Importante**

- Por medio del presente documento usted está solicitando su incorporación a la póliza colectiva que mantenga vigente la Institución Supervisada XXXX, para sus clientes a la fecha del contrato de crédito de consumo y/o prendario.
- El inicio de la cobertura corresponderá a la fecha de inscripción en el registro de asegurados de la Aseguradora.
- Las condiciones de la póliza vigente indicadas en este documento son las registradas en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) de conformidad a las **“Normas para la Contratación de los Seguros por Parte de las Instituciones Supervisadas que Realizan Operaciones Crediticias”**
- Destacamos que usted no está obligado a contratar este seguro colectivo, pues puede contratar una póliza individual con la compañía de seguros a su elección.

Condiciones Principales de la Póliza Vigente

- Contratante:** Institución Supervisada XXXX
 - Compañía Aseguradora:** Seguros Atlántida, S.A.
 - Intermediario:** XXXX
 - Vigencia:**
Desde: _____ Hasta: _____
 - Coberturas:** Muerte del deudor asegurado e Invalidez o Incapacidad Total y Permanente a quien aplique.
 - Cobertura Opcional:** Desempleo o Incapacidad Temporal.
- Más detalles en www.segurosatlantida.com

Datos generales del asegurado

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	No. Tarjeta de Identidad
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad

Fecha_____
Firma del Asegurado