



SEGURO DE VIDA PROTECCIÓN FAMILIAR SOLICITUD DE SEGURO

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para los efectos correspondientes, proporciono los datos siguientes:

I. Datos Personales del Asegurado		
Como aparece en el Documento Nacional de Identificación		
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Fecha de Nacimiento	Edad:	Género
Día _____ Mes _____ Año _____		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Número RTN.		Nacionalidad (es)
Número de Identificación:	Tipo de Identificación	
	D.N.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente. <input type="checkbox"/>	
Estado Civil		
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>
Fuente de ingresos:	Profesión u Oficio:	

Dirección Completa de Residencia:		
Número Celular:	Correo Electrónico:	Teléfono de Residencia No:

II. Detalle de Información Laboral:	
Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:

III. Detalles de Información para Aseguramiento

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte	
Adelanto de la suma asegurada en caso de por Incapacidad Total y Permanente	
Gastos Fúnebres	
Coberturas Adicionales	
Muerte Accidental o Desmembramiento por Accidente	
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad	
Adelanto del 50% de la Suma Asegurada en Caso de Enfermedades Graves	
Gastos Fúnebres para Familiares Dependientes del Asegurado	
Asistencia Médica	
Ayuda Alimentaria	
Asistencia Funeraria	
Asistencia Repatriación	

Prima a Pagar L. _____	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
------------------------	----------------------------------	--------------------------------



Medio de Pago

Débito automático a cuenta de	Ahorro <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---------------------------------	---

B.2.- Cobertura de Gastos fúnebres para dependientes SI () NO ()

No.	Nombre Completo	No. DNI	Parentesco	Fecha Nacimiento	Suma Asegurada
1.					
2.					
3.					

B.3.- Designación de Beneficiarios

No.	Nombre Completo	No. DNI	Parentesco	Dirección	Participación %
1.					
2.					
3.					

IV. Cuestionario de Salud

Preguntas		Si	No	Preguntas		Si	No
1.	¿Padece de Diabetes?			6.	¿Padece o ha padecido Derrame Cerebral?		
2.	¿Padece o ha padecido Cáncer?			7.	¿Padece algún Tumor?		
3.	¿Padece de Insuficiencia Renal?			8.	¿Padece Epilepsia?		
4.	¿Padece de Cardiopatías?			9.	¿Ha padecido de otras enfermedades no mencionadas anteriormente?		
5.	¿Padece de SIDA?			En caso de responder si, Especifique Diagnóstico y fecha de diagnóstico _____			

V. Autorización del Asegurado o Titular de la Cuenta

Autorizo a _____, para que, de acuerdo a la modalidad de pago de la prima convenida, debite de mi cuenta de ahorro o cuenta de cheques, tarjeta de crédito, el importe de la cuota correspondiente. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá considerarse tan efectiva y valida como la original.

Lugar y Fecha _____

Firma del Asegurado
(Huella digital si no puede escribir)

Firma del Titular de la Cuenta
(Huella digital si no puede escribir)