

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Por medio de la presente solicito a SEGUROS ATLANTIDA, S.A., emitir a mi favor la Póliza de Seguro de Vida Individual No. _____ a partir del _____ de _____ de _____.

DATOS GENERALES

Nombre: _____
 Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Tarjeta de Identidad No.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Profesión: _____ Correo Electrónico: _____
 Dirección: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

En caso de que el Seguro respalde una operación financiera completar la siguiente información:

Monto de Suma Asegurada: _____ Plan: _____
 Plazo del Préstamo: _____ Motivo del Préstamo: _____
 Actualmente posee otro préstamo: SI NO Es Refinanciamiento: SI NO

Especifique: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Próstata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Aparato Digestivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Enfermedades Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Utero/ovarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Enfermedades Cerebro-Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Otras Enfermedades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Tumores						

Especifique: _____

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

Designación de Cesionario

NOMBRE	RELACIÓN	DISTRIBUCIÓN

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Cesionario:

El presente seguro ha sido cedido en garantía al o los Cesionarios designados, traspasándole automáticamente los derechos del Asegurado y Beneficiarios.

Si los derechos del Cesionario fueron menores a la Suma Asegurada, los remanentes serán pagados a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza.

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden han sido escritas o dictadas por mi, personalmente, y son completas y verdaderas. Convengo, por lo tanto, en que sirvan de base a la Compañía para la emisión de la póliza que solicito.

Asimismo declaro que me he enterado de las Condiciones generales que figuran en la póliza solicitada.

_____ de _____ del 20____
 Lugar Fecha

 Firma Autorizada

 Solicitante