

SOLICITUD DEL CONTRATANTE PARA EMISIÓN DE PÓLIZA

Yo, _____
mayor de edad, de profesión, _____ del
domicilio de _____
en calidad de _____ de _____
solicito a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A., del domicilio Tegucigalpa, M. D. C., la emisión de una Póliza de Seguro de Personas,
a nombre de la entidad que represento, cuyas características son las siguientes:

- Vida
 Saldo Deudor
 Accidentes Personales
 Médico Hospitalario
 Riesgos Profesionales

1. DATOS DEL CONTRATANTE:

- a) Nombre Completo de la Entidad: _____
 b) Domicilio: _____
 c) Dirección para Cobros: _____
 d) Teléfonos Fijos: _____
 e) Teléfono Móvil: _____
 f) Actividades que desarrolla: _____
 g) Correo Electrónico: _____
 h) R.T.N.: _____

2. DATOS SOBRE LA PÓLIZA:

- a) Plan de Seguro: _____
 b) Vigencia: Entrará en vigor el día _____ de _____ del 20 _____ a las 12:00 del mediodía, renovables
 por períodos iguales sucesivos y bajo las mismas condiciones.
 c) Forma de Pago: _____
 d) Administrará la Póliza: _____
 e) El pago de la prima sera: Contributorio No Contributorio

3. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:

- a) Edad comprendida entre 15 y 65 años inclusive.
 b) Tener, como mínimo, tres meses de pertenecer al Grupo Asegurado.
 c) Número de Miembros del Grupo Asegurable: _____
 d) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado: _____

4. CONDICIONES ESPECIALES PACTADAS:

Estamos de acuerdo en emitir Póliza Colectiva de _____
según términos presentados en la oferta con fecha _____

5. AGENTE O COBRADOR

Nombre	_____	No. Registro CNBS	_____
Dirección Completa	_____		
Teléfonos	_____	Fax:	_____
Correo Electrónico	_____		

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro.

Firma _____ de _____ de _____