



ATLANTICA SEGUROS

GRUPO STATE TRUST

Suscripción Nuevos Negocios

☐
☐

Guardian
Guardian Plus

☐
☐

Orión
Orión Plus

Número de Póliza: Nueva Póliza ☐

Código AG:

Código SG: (en caso de agente nuevo)

Agencia:

Propietario:

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido
---------------	----------------------------	-----------------

Fecha Nacimiento:

País Resc.:

Asegurado:

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido
---------------	----------------------------	-----------------

Fecha Nacimiento:

País Resc.:

Asegurado Adicional (si lo hubiera):

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido
---------------	----------------------------	-----------------

Fecha Nacimiento:

País Resc.:

Cuestionarios Varios

- ☐ Cuestionario Financiero
☐ Informe del Contador
☐ Cuestionario Deportes Peligrosos
☐ Cuestionario Aviación
☐ Cuestionario Hipertensión
☐ Cuestionario Diabetes
☐ Cambios en Póliza
☐ Solicitud de Rehabilitación
☐ Solicitud de Reclamo

Nuevos Negocios

- ☐ Aplicación
☐ Ilustración
☐ Identificación vigente con foto
☐ Informe Médico
☐ Formulario de Pagos según forma de pago
☐ Hoja Control de Cheques si paga con cheque
☐ Otros _____

Datos Adicionales: Indicar según aplique

Forma de Pago: ☐ TC - Domiciliada ☐ Débito a Cuenta (ACH) - Domiciliada
☐ TC ☐ Débito a Cuenta (ACH) ☐ Cheque ☐ Transferencia

Observaciones

Enviado por Agencia: _____ Recibido: _____

Fecha: _____ Fecha: _____