



Solicitante		Monto Cobertura por Persona		No. Cotizacion	
Plan Seleccionado		Moneda del Plan		Fecha	
Periodo de Contribucion		Frecuencia de pago		Inicio Vigencia	

INFORMACION DE ASEGURADOS	Gabriel Ramirez	Carolina Ramirez	Gabriel Ramirez	Gabriel Ramirez	Gabriel Ramirez
Fecha de Nacimiento					
Sexo					
Rol					
Relacion con el Asegurado					
Estado Civil					
Fumador					
Porcentaje de Beneficio					
MONTO ASEGURADO					
BENEFICIO SUPLEMENTOS	Monto			Termino de Vigencia	
Asegurado Adicional					
Muerte Accidental					
Temporal Adicional					

ACUERDO DE PAGO

Acepto los terminos de este seguro y autorizo en calidad de deudor, a cargar automaticamente a favor de Atlantica Seguros S.A., la prima correspondiente a la opcion seleccionada, en la fecha de vencimiento correspondiente de cada cuota, el monto de la misma, a mi tarjeta de credito o cuenta, mas abajo indicada, comprometiendome a tener dicha cuenta o tarjeta de credito habil para el cobro de dicha(s) cuota(s).

La presente autorizacion se extiende por tiempo indefinido, mientras permanezca vigente la poliza, pudiendo revocarla en cualquier momento siempre y cuando medie para ello, notificacion escrita a las partes involucradas. Todo cambio en el numero de cuenta o tarjeta debera ser notificado inmediatamente a Atlantica Seguros S.A..

De igual forma autorizo a Atlantica Seguros S.A. a investigar y/o suministrar a los centros de informacion crediticia toda la informacion relacionada con mi historial crediticio, asi como la derivada de la experiencia del manejo de mi credito con motivo de esta poliza.

PAGO

Forma de Pago	Tipo	Número	CVV	Banco
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito				
<input type="checkbox"/> Débito a Cuenta				
<input type="checkbox"/> Efectivo				

Prima Anual	
ISC 16%	
Total Prima Anual	

IMPORTANTE

- Cotización valida por 15 dias
- El riesgo es solamente aceptado una vez la Compañia Aseguradora emite una confirmación escrita.

Firma

Fecha