

# **ATLÁNTIDA VIDA S.A., SEGURO DE PERSONAS** **SOLICITUD DE SEGURO VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE**

Para facilitar los trámites de esta solicitud, le solicitamos que sea llenada con letra de molde y tinta. Este documento solo constituye una solicitud seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora y no será atendida si la misma presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

## **DATOS DEL SOLICITANTE:**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 DUI: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ mts Peso: \_\_\_\_\_ lbs Género: M ( ) F ( )  
 Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales: US\$ \_\_\_\_\_  
 ¿Ha fumado en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad y frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Dirección del lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Describa en qué consisten sus labores: \_\_\_\_\_  
 Otra ocupación: \_\_\_\_\_ Deportes o aficiones que practica: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **COBERTURAS**

## **SUMA ASEGURADA**

Fallecimiento por cualquier causa		Forma de pago de la Prima	
Gastos Funerarios		Anual ( )	Semestral ( )
Doble indemnización por muerte accidental y triple por fallecimiento en accidente especial		Trimestral ( )	Mensual ( )
Anticipo por Invalidez Total y Permanente			

## **BENEFICIARIOS**

Nombre completo	Parentesco	Documento de Identidad, Pasaporte o Carnet de Residente	% Designado

## **INFORMACIÓN ADICIONAL**

Tiene emitidas pólizas de Vida o Accidentes Personales a su nombre: SI ( ) NO ( ) En caso afirmativo complete:

Compañía	Suma Asegurada	Plan	¿Está en vigor?	¿Tiene recargo?

¿Le han rechazado, limitado o extra primado alguna solicitud de Seguro de Vida? SI ( ) NO ( ), ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido investigado, indagado o llamado a juicio y/o condenado o sobreseído provisional o definitivamente dentro de algún proceso judicial? SI ( ) NO ( ) Si la respuesta es afirmativa, favor amplíe: \_\_\_\_\_

¿Utiliza motocicleta? SI ( ) NO ( ) Especifique con qué frecuencia, para que y cilindrada: \_\_\_\_\_

¿Viaja en aeronaves particulares? SI ( ) NO ( ) Especifique tipo de aeronave y hora de vuelos anuales: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido instrucciones para piloto? SI ( ) NO ( )

¿Consume o ha consumido algún tipo de estupefacientes o drogas? SI ( ) NO ( ) Especifique tipo, cuando, por cuanto tiempo y hasta cuándo: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE SALUD**

<b>Padecimiento - Enfermedad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Especificaciones</b>
Enfermedades del corazón			
Presión arterial			
Dolores de cabeza frecuente			
Mareos o Palpitaciones			
Dificultades respiratorias			
Fiebre reumática, Artritis o Gota			
Tuberculosis			
Tos crónica o Asma			
Enfermedades del riñón o vejiga			
Diabetes			
Enfermedades de los órganos genitales			
Enfermedades del hígado o vesícula biliar			
Cáncer u otros tumores			
Úlceras de estómago o duodeno			
Otras enfermedades del aparato digestivo			
Enfermedades de los huesos			
Enfermedades del sistema nervioso			
Enfermedades del cerebro			
Epilepsia			
Deformidades o amputaciones			
Dificultades visuales o auditivas			
Trastornos de la glándula tiroides			
Infección VIH o SIDA			
<b>Enfermedades propias de la Mujer</b>			
Tumores de pecho, matriz u ovarios			
Abortos			
Trastornos de la menstruación			
Menopausia			
Esterilización quirúrgica			
Complicaciones en embarazos o partos			
¿Está embarazada? (¿Cuántos meses?)			
¿Cuántos hijos ha tenido?			

**CESIÓN DE DERECHOS**

<b>¿Solicita Cesión de Derechos?</b>	<b>Institución Financiera Cesionaria</b>	<b>¿Monto a ceder?</b>
SI ( )      NO ( )		

Se previene al solicitante que debe declarar todos los hechos tal y como los conozca, la no declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, podría originar la pérdida de derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso. Hago constar que estoy enterado de las condiciones del seguro correspondiente a la póliza que solicito; así mismo, dejo constancia que las respuestas y declaraciones dadas en este cuestionario y los demás documentos presentados a la Compañía para la contratación de este seguro han sido escritas y dictadas por mí siendo verdaderas y completas. Convengo en que sirvan de base para la celebración del contrato que solicito, autorizando a cualquier médico, hospital o clínica que me haya atendido para que revele a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas cualquier dato o información que requiera.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

Nombre y firma del Asesor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Observaciones del asesor: \_\_\_\_\_