

Para facilitar los trámites de esta solicitud, le solicitamos que sea llenada con letra de molde y tinta. Este documento solo constituye una solicitud de 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.

PLAN SOLICITADO

Temporal a:	10 años	15 años	20 años	25 años	30 años
-------------	---------	---------	---------	---------	---------

DATOS DEL SOLICITANTE

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

COBERTURAS

Suma Asegurada Vida Básico	US\$	Forma de pago de la Prima	
Muerte Accidental y Desmembramiento	US\$	Anual ()	Semestral ()
Anticipo por Invalidez Total y Permanente	US\$	Trimestral ()	Mensual ()

BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	% Designado

INFORMACION 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 cilindrara: _____

¿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: _____

DECLARACION DE SALUD

Padecimiento - Enfermedad	SI	NO	Especificaciones
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			
Ulceras de Estomago 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			
Enfermedades propias de la Mujer			
Tumores de Pecho, Matriz u Ovarios			
Abortos			
Trastornos de la menstruación			
Menopausia			
Esterilización quirúrgica			
Complicaciones en embarazos o partos			
¿Está embarazada?			
¿Cuántos hijos a tenido?			

CESIÓN DE DERECHOS

¿Solicita Cesión de Derechos?	Cesionario	¿Monto a ceder?
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 estos 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: _____