

**EMISION DE LA POLIZA
SOLICITUD DEL CONTRATANTE PARA EMISION**



El Contratante (Razón Social o Nombre Jurídico) _____ solicita a Seguros Atlántida, S.A., la emisión de una Póliza Colectiva de Seguro de Personas, cuyas características son las siguientes.

- ___ Colectivo de Vida
- ___ Colectivo de Médico Hospitalario
- ___ Colectivo de Accidentes Personales
- ___ Colectivo Saldo Deudor
- ___ Colectivo Riesgos Profesionales

I. INFORMACION DE LA PERSONA JURIDICA CONTRATANTE (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		No. R.T.N. (adjuntar fotocopia)	
Dirección Completa:					
Teléfono de la Empresa		Fax No.	Correo Electrónico		Sitio Web
Giro o Actividad Económica del Negocio: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual: _____					
No. inscripción en el Registro Mercantil (anexar copia de escritura social y reformas):					
¿Mantiene pólizas suscritas sobre estos bienes con otra(s) aseguradora(s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Beneficiarios (anotar nombre completo, en letra de molde):					

II. INFORMACION PERSONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL O CONTRATANTE (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		Apellido de Casada	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad	
		Día	Mes	Año			
Número de Identificación (anexar fotocopia)			Tipo de Identificación				
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carne de Residente <input type="checkbox"/>
Sexo		Estado Civil			Nombre del Cónyuge		
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	UL <input type="checkbox"/>		
Dirección Completa de Residencia:							
Teléfono de Residencia		Fax No.		Correo Electrónico			
Nombre de la Empresa o Negocio donde labora		Posición / Cargo que desempeña			Tiempo de laborar en la empresa		
Dirección Completa de la Empresa donde labora:							
Teléfono de Trabajo		Fax No.		Correo Electrónico		Sitio Web	
Especifique detalladamente su fuente de ingresos: Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>							

III. DATOS SOBRE LA POLIZA

1) Coberturas

a) Seguro Colectivo de Vida

- Cobertura Básica de Muerte.....
- Doble Indemnización por Muerte Accidental.....
- Desmembramiento por Causa Accidental.....
- Pago Anticipado del Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente.....
- Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente.....
- Gastos Fúnebres.....

