

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO**
**I.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Fax No.:
Correo electrónico:			Profesión, ocupación,oficio o actividad económica:	
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):				
Nombre de la empresa donde labora:		Posición /Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono del trabajo:	Fax No.:	Correo electrónico:	Sitio web:	
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:		Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:		
		De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/> De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>		
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?				
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?				

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE**

Razón o Denominación Social:		Nombre Comercial:	No. R.T.N.
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:			
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico	Fecha de Constitución:
Objeto social y/o actividad económica:			
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:			
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.			
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:			
	<b>Nombre Completo</b>	<b>Numero de Identidad</b>	<b>% Participación</b>
1.			
2.			
3.			



**VI.- FORMA DE PAGO**

Anual: <input type="checkbox"/>	Semestral: <input type="checkbox"/>	Trimestral: <input type="checkbox"/>
Otros: <input type="checkbox"/> Especifique:		

**VI.- INFORMACION ADICIONAL**

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)	
b) Las personas aquí descritas están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando? Suma Asegurada?, Con qué Compañía	especiales? Explique: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A cuanto ascendió el valor del siniestro?, Causas?	

**DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE:** Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información en relación al grupo asegurable es verídica y exacta, y además todas las personas que aparecen en dicha relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si en el momento de emitirse la póliza solicitada, alguno de ellos no reúne los requisitos de aseguramiento, quedará excluido del seguro, pudiendo ser incorporado al desaparecer las causas que motivan su exclusión. Así mismo queda entendido y convenido que esta aplicación se considera como una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros del País, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud, por lo tanto autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener de cualquier fuente incluyendo la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, la información que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. ya sea que se otorgue el seguro o no. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:
----------------

_____ Nombre del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación	_____ Firma del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios