



## SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

**Solicitud No. 00000**

**DOCUMENTO ENVIADO EN PDF**

**Agente No.**

### PARTE I. DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Título	Lugar y fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Cédula No.	Extendida en:				
Dirección Particular:				Teléfono:		
A que actividad se dedica:			Empresa donde labora:			
Dirección de la empresa donde labora:				Teléfono		Ingreso Mensual Q.
Cargo u Ocupación (detalle específicamente)				Tiempo de ejercerla		Correo Electrónico:
Tiene otra ocupación:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle: _____						
Nombres y Apellidos completos del contratante (obligado al pago de primas)					NIT.	
Dirección de cobro:				Teléfono:		
Relación con el solicitante de seguro propuesto:						

### AVISOS Y CORRESPONDENCIA

Dirección Particular:       Dirección Laboral:       Otra: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS (si hay beneficiarios adicionales, estos deben ser agregados en una página adicional)

NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	PARENTESCO	%
Primeros Beneficiarios:			
Segundos Beneficiarios			
Terceros Beneficiarios:			

### CONDICIONES PARA EL PLAN SELECCIONADO:

Planes :    **VITAL**     **TEMPORAL**       Coberturas contratadas en:    **Dólares**     **Quetzales**

Opciones:    **A** "Beneficio Nivelado"    **B** "Beneficio Creciente"      Duración del Seguro \_\_\_\_\_ años

<b>Coberturas</b>	<b>Sumas Aseguradas</b>	<b>Coberturas</b>	<b>Sumas Aseguradas</b>
Seguro de Vida	Q. _____	Pago parcial anticipado en	
Muerte Accidental	Q. _____	caso de Enfermedad Terminal	Incluido Si ___ No ___
Desmembración Accidental	Q. _____		
Muerte Accidental Especial	Q. _____		
Muerte Accidental en Tránsito	Q. _____		
Exoneración por Incapacidad		Incluye Asegurados Adicionales:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Total y Permanente	Incluido Si ___ No ___	Numero de Asegurados Adicionales:	_____

### FORMA DE PAGO:

Anual     Semestral     Trimestral     Mensual     Plazo de pago de primas: \_\_\_\_\_ años

Prima Total según forma de pago: \_\_\_\_\_ Prima Total Anual: \_\_\_\_\_ Canal de cobro: \_\_\_\_\_

