



Compañía de Seguros, S.A.

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

Este documento solo constituye parte de una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar _____ Fecha de Emisión _____ Vigencia: Desde: / / hasta / /

PARTE I

1. PROPUESTO ASEGURADO (Nombre, Inicial, Apellido)

Dirección residencial _____ Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Otras señas _____

Correo electrónico _____

Identificación: Cédula de residente Cédula de identidad Pasaporte Cédula Nacional Dimex DIDI Num. Identificación: _____

Circule sistema de unidades Estatura _____pies/metros _____pulg./cent. Peso _____lbs./kilos

Pérdida o aumento de peso en los últimos años _____lbs./kilos

Fecha Nacimiento (d/m/a) _____ / _____ / _____	Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de Nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente	Estado Civil	Teléfono Residencial _____
--	------------	--	---------------------------	---	--------------	----------------------------

¿Es ciudadano de Costa Rica? Sí No. Si no lo es, indique tipo de Residencia Temporal Permanente

Nombre del Patrono _____ Ocupación _____ Teléfono Oficina _____

Enviar Notificación de Prima a: Propuesto Asegurado Tomador Otro (propvea nombre/dirección en Solicitudes Especiales) Teléfono Celular _____

2. TOMADOR (Nombre, Inicial, Apellido) (Llene solamente si el Tomador no es el Propuesto Asegurado)

Dirección residencial _____ Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Distrito _____

Otras señas _____

Correo electrónico _____

Identificación: Cédula de residente Cédula de identidad Pasaporte Cedula Nacional Dimex Cedula Juridica DIDI Num. Identificación: _____

Teléfono Residencial _____ Teléfono Celular _____ Teléfono Oficina _____

3. SEGURO QUE SE SOLICITA: Término 10 Años 15 Años 20 Años 30 Años **Monto del Seguro**

Nivelado ¿Cómo fue vendido? Preferred Plus Preferred Select Standard \$ _____

4. CUBIERTAS OPCIONALES

Indemnización Adicional por Muerte Accidental \$ _____ Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad Total \$ _____

Ingreso por Incapacidad Total \$ _____ Seguro Vida Temporal Asegurado Adicional \$ _____

Adelanto en Vida \$ _____ Seguro Vida Temporal Hijos \$ _____

Cobertura Opcional de Reembolso de Prima \$ _____

5. FRECUENCIA DE PAGO Y PAGO FRACCIONADO DE PRIMA

Anual Semestral prima total x (0.51) Trimestral prima total x (0.26) Mensual prima total x (0.0875)

FORMA DE PAGO Tarjeta de Crédito Tarjeta de Débito Dedución mensual Cheque de Gerencia

6. Hijos / Asegurados Adicionales	Fecha de Nacimiento (d/m/a)	Sexo (M, F)	Edad	Estatura/ Peso	Identificación	Ocupación	Ingreso Anual	Parentesco con el Asegurado	Cantidad Solicitada
	/ /								\$
	/ /								\$
	/ /								\$

7. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

(Nombre, Inicial, Primer Apellido, Segundo Apellido)

Dirección residencial	Provincia	Cantón	Distrito	Apartado Postal
Otras señas				
Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de residente <input type="checkbox"/> Cédula de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Cedula Nacional <input type="checkbox"/> Cédula Jurídica <input type="checkbox"/> DIDI	Núm. Identificación:	Relación	Porcentaje:	

PROPUESTO ASEGURADO (Nombre, Inicial, Apellido)	Tipo y Num. Identificación
--	----------------------------

PARTE I Cont. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

(Nombre, Inicial, Primer Apellido, Segundo Apellido)

Dirección residencial	Provincia	Cantón	Distrito	Apartado Postal
-----------------------	-----------	--------	----------	-----------------

Otras Señas

Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de residente <input type="checkbox"/> Cédula de identidad <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Cedula Nacional <input type="checkbox"/> Cedula Jurídica <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Dimex	Núm. Identificación:	Relación	Porcentaje:
--	----------------------	----------	-------------

8. SEGURO DE VIDA (en cualquier persona propuesta para este seguro)
 ¿Se reemplazará, discontinuará, reducirá o cambiará algún seguro de vida o anualidades con esta o cualquier otra compañía si se emite el seguro que se solicita en este momento? Sí No

Si contesto "Sí", favor detallar:

Asegurado	Compañía	Núm. Póliza	Cantidad	Fecha Póliza

9. INDIQUE TODOS LOS SEGUROS DE VIDA VIGENTES O QUE SE ESTÉN SOLICITANDO EN ESTE MOMENTO PARA CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA ESTE SEGURO (Si ninguno, indique "ninguno")

Compañía	Cantidad	Plan	Año Emitido	Cantidad	Muerte Acc.	Estándar	Clasificación

10. HÁBITOS DE FUMAR

- A. PROPUESTO ASEGURADO: ¿Ha usado tabaco o tabaco electrónico en los últimos 36 meses? Sí No ¿En los últimos 12 meses? Sí No
 ¿Qué tipo de tabaco? Cigarrillos Pipa Tabaco Otro _____
- B. PROPUESTO HIJO / ASEGURADO ADICIONAL: ¿Ha usado tabaco o tabaco electrónico en los últimos 36 meses? Sí No
 ¿En los últimos 12 meses? Sí No ¿Qué tipo de tabaco? Cigarrillos Pipa Tabaco Otro _____

11. CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA ESTE SEGURO

	Sí	No
a. ¿En algún momento ha solicitado un seguro o una reinstalación que haya sido declinada, pospuesta, clasificada, modificada o alguna vez dicho seguro ha sido cancelado o se ha denegado la renovación de una póliza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿En algún momento ha recibido o solicitado beneficios de indemnización o un pago por alguna lesión, enfermedad o condición de discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha participado o planifica participar en cualquier tipo de carreras motorizadas, buceo, paracaidismo, vuelo con ala delta, viaje en globo o escalamiento de montañas? (si indica "Sí", complete el cuestionario de pasatiempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿En algún momento ha hecho vuelos como piloto, estudiante de aviación o integrante de la tripulación de cualquier aeronave en los últimos tres años o tiene la intención de hacerlo? (si indica "sí", complete el cuestionario de pasatiempos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ha sido acusado, pero no absuelto de violar cualquier ley criminal?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Ha tenido en los pasados cinco años alguna infracción de vehículo de motor o su licencia de conducir ha sido suspendida o revocada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Tiene alguna intención de viajar fuera de Costa Rica el próximo año?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Pertenece o tiene la intención de ingresar a cualquier organización militar o naval activa o de reserva?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿En algún momento ha radicado una quiebra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contesta "Sí" a cualquiera de las anteriores, las preguntas a. hasta i., por favor brinde detalles, incluyendo el nombre de la persona.

PARTE II

En su mejor entendimiento y opinión

	<u>Propuesto</u> <u>Asegurado</u>	<u>Cónyuge/Aseg.</u> <u>Adicional</u>	<u>Todos los</u> <u>Hijos</u>
	Sí No	Sí No	Sí No
1. Cualquiera de las personas propuestas para este seguro, ¿en algún momento ha recibido tratamiento para o ha tenido			
a. Discapacidad de los ojos o los oídos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, parálisis o derrame en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Falta de aliento, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema o trastorno respiratorio crónico en los últimos 10 años?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Dolor de pecho, palpitaciones, presión alta, soplo en el corazón, ataque cardiaco u otro trastorno del corazón o de los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Ictericia, sangrado intestinal, úlcera, colitis, indigestión recurrente o cualquier otra enfermedad del estómago, intestinos, hígado o vesícula?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Azúcar, proteinuria, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, piedra u otro trastorno del riñón, vejiga, próstata u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h. Trastorno de las mamas u órganos pélvicos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i. Neuritis, artritis o trastorno de los músculos o huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda o las coyunturas?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. Trastorno de la piel, glándulas linfáticas, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k. Anemia u otro trastorno de la sangre?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l. Alcoholismo o adicción a drogas que causan hábito?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m. Cualquier trastorno físico o mental que no esté listado arriba?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Alguna de las personas propuestas para esta este seguro:			
a. ¿Ha tenido un examen físico, consulta o cirugía en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica u otra instalación médica en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. ¿Se le ha hecho un electrocardiograma, rayos X u otra prueba diagnóstica en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. ¿Se le ha recomendado hacerse algún examen diagnóstico, hospitalización o cirugía que aún no se haya completado?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. ¿Ha sido diagnosticado o tratado por un miembro de la profesión médica como persona que padece síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado al SIDA (ARC por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. ¿En alguna ocasión ha tenido algún trastorno de la menstruación, embarazo u otros órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Está usted embarazada en este momento? Si contesta "Sí", la fecha estimada de parto es ____/____/____ (Féminas solamente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
día mes año			
4. Cualquiera de las personas propuestas para este seguro, ¿está en este momento bajo alguna observación médica o tratamiento que no se haya mencionado arriba?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Por favor provea detalles abajo si usted contestó "Sí" en cualquiera de las preguntas de arriba.			

Pregunta Núm.	Nombre de la Persona	Detalles (nombre de la condición, fecha de comienzo, duración, tratamiento o estado actual, etc.)	Nombres completos, direcciones y números de teléfono de los Médicos y los Hospitales

PROPUESTO ASEGURADO <i>(Nombre, Inicial, Apellido)</i>	<i>Tipo y Num. Identificación</i>
---	-----------------------------------

PARTE II Cont.

5a. Médico personal (si no tiene ninguno, indique "ninguno.")

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

b. Fecha y razón de la última consulta _____

c. Tratamiento brindado o medicamento recetado _____

6a. Historial familiar del propuesto asegurado	HISTORIAL FAMILIAR DEL CÓNYUGE/ASEGURADO ADICIONAL
---	---

	Edad, si Vive	Edad al Morir	Causa de Muerte		Edad, si Vive	Edad al Morir	Causa de Muerte
Padre				Padre			
Madre				Madre			
Hermanos/ Hermandas				Hermanos/ Hermandas			

SOLICITUDES ESPECIALES

AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN

Autorizamos a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica u otra instalación médica o relacionada, compañía de seguros o reaseguro, el Negociado de Información Médica, agencia de reportes de consumidor, patrono o Administrador de Beneficios de Farmacia que tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronosis relacionado a cualquier condición física o mental y/o tratamiento y/o reclamaciones de seguros durante los últimos cinco (5) años sobre mi persona o mis hijos menores de edad y cualquier otra información no médica sobre mi persona o mis hijos menores de edad, a suministrarle a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** o su representante legal o sus reaseguradores cualquiera y toda dicha información. Autorizamos a cualquier agencia de reportes de consumidor a que prepare o procure un reporte investigativo de consumidor sobre mi persona o mis hijos menores de edad.

Entendemos que la información obtenida por medio de esta autorización será utilizada por **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** para determinar elegibilidad para beneficios bajo una póliza existente. La información que en virtud de la suscripción de seguros obtengan ASSA Compañía de Seguros, S.A. queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad; salvo por nuestra manifestación por escrito en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

Certificamos que las declaraciones provistas en la Parte I y Parte II (si la Parte II es requerida por la Compañía) de esta solicitud son ciertas y completas a mi (nuestro) mejor entender y conocimiento. Se acuerda que: (a) las únicas declaraciones que se considerarán como la base para emitir la póliza son aquellas contenidas en la solicitud o en cualquier enmienda a la solicitud; (b) si no se hace un prepago con esta solicitud, el pago de la primera prima debe realizarse en 10 días hábiles, durante la vida del Propuesto Asegurado y mientras su salud, circunstancias y otras condiciones que afecten su asegurabilidad sean los mismos que los descritos en la Parte I y Parte II (si la Parte II Médica es requerida por la Compañía) de esta solicitud, hasta que la póliza sea entregada, y (d) nadie excepto el Gerente General puede hacer, alterar o invalidar contratos o renunciar a cualquiera de los derechos o requisitos de la Compañía.

AVISO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude, provea información falsa en una solicitud de seguro, o provea, ayude a proveer o asista en la tramitación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier beneficio relacionado, o que someta reclamaciones múltiples, les serán de aplicación las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Contrato de seguros, No. 8956, sin perjuicio de que tal conducta configure además la comisión de algún delito.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. Manifiesto que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previo al perfeccionamiento del contrato del seguro.

Fecha _____ Ciudad/Estado _____
 día / mes / año

Firma X _____
 Firma del Propuesto Asegurado (Padre o Tutor Legal si el Propuesto Asegurado es un menor de menos de 15 años de edad o Representante Personal)

Firma X _____
 Tomador si es distinto al Propuesto Asegurado

Firma X _____
 Asegurado Adicional si se elige Seguro a Término Nivelado

Firma X _____ Código _____
 Representante Autorizado o Productor

Firma X _____
 Asegurado Adicional si se elige Seguro a Término Nivelado

Firma X _____ Código _____
 Representante Autorizado o Productor y/o testigo

Firma X _____
 Asegurado Adicional si se elige Seguro a Término Nivelado

Firma X _____ Código _____
 Correduría

Firma X _____
 Asegurado Adicional si se elige Seguro a Término Nivelado

PROPUESTO ASEGURADO (Nombre, Inicial, Apellido)	Tipo y Num de Identificación
--	------------------------------

**SI ES POR DÉBITO MENSUAL A SU CUENTA BANCARIA,
AUTORIZACIÓN A MI BANCO**

Como una conveniencia para mí, por este medio solicito y les autorizo a ustedes a iniciar débitos, ya sea por medios electrónicos o en papel, con dichos débitos hechos a mi cuenta y retirados por **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** siempre y cuando haya suficientes fondos disponibles en dicha cuenta para pagar los mismos a su presentación. Acepto que sus derechos en cuanto a dicho débito serán los mismos que si se tratara de un cheque emitido a su favor y firmado personalmente por mí. Por este medio acepto que, si algún débito no es pagado a ustedes por alguna razón, con o sin causa o si dicho pago no hecho es intencional, inadvertido o de alguna otra naturaleza, ustedes no tendrán responsabilidad alguna, aun cuando dicho pago no hecho resulte en la caducidad del seguro. Esta autorización permanecerá en completa vigencia y efecto hasta que sea revocada por mí, mediante notificación escrita con 30 días de antelación y hasta que ustedes de hecho reciban dicha notificación, yo acepto que ustedes estarán completamente protegidos en honrar cualquier débito a mi cuenta. **Una vez emitida la póliza esta autorización entrara en vigor.**

Banco _____

Nombre	Sucursal	Número de Cuenta
--------	----------	------------------

Dirección: _____ Código Postal _____

Esta autorización está limitada a la cantidad total de la prima. \$ _____ Cuenta: Cheques Ahorros

Firma _____ Fecha: _____
Propuesto Asegurado

Firma _____ Fecha: _____
(Según aparece en el expediente bancario)

PRIMA INICIAL

Yo autorizo a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** a debitar cualquiera/todas las primas iniciales de mi cuenta bancaria (arriba) o tarjeta de crédito (abajo), en el momento que mi póliza sea emitida y activada.

PRIMA RECURRENTE

Yo autorizo a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** a debitar cualquiera/todas las primas recurrentes de mi cuenta bancaria (arriba) o tarjeta de crédito (abajo), en el momento que mi póliza sea emitida y activada.

Fecha _____ Firma X _____
(Según aparece en el expediente bancario)

Por este medio solicito y autorizo a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** a debitar la prima modal inicial para la póliza que aquí se solicita, UNA VEZ QUE LA SOLICITUD HAYA SIDO COMPLETADA EN SU TOTALIDAD Y LA PÓLIZA Y/O SUS SUPLEMENTOS SEAN APROBADOS Y EMITIDOS SEGÚN SOLICITADO.

Se acuerda y se entiende que NINGÚN SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR a menos que los requisitos que preceden sean satisfechos y que el débito como primer pago haya sido honrado por el banco cuando fue presentado por primera vez, y por ello esta aprobación **no** concede cubierta condicional.

AUTORIZACIÓN PARA CARGO RECURRENTE A TARJETA DE CRÉDITO

Por este medio solicito y autorizo a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** a hacer cargos automáticamente a una de las siguientes tarjetas de crédito. **Una vez emitida la póliza esta autorización entrara en vigor.**

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> Master Card	<input type="checkbox"/> American Express
---	-------------------------------	--------------------------------------	---

Nombre Completo (según aparece en la tarjeta de crédito) _____ Dirección (según aparece en su estado de cuenta) _____

Ciudad	Estado	Código Postal	Núm. de la Tarjeta de Crédito	Fecha de Expiración
--------	--------	---------------	-------------------------------	---------------------

Esta autorización está limitada a la prima mensual trimestral semestral anual de \$ _____ que se debe en la póliza número _____ y está sujeta a lo siguiente:

(1) Esta autorización no modifica ninguno de los términos de la póliza. (2) **Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea cancelada por mí mediante notificación por escrito a ASSA Compañía de Seguros, S.A. al menos 30 días antes de la fecha en que sea pagadera la próxima prima.** (3) Si se rechaza cualquier cargo de prima a mi tarjeta de crédito, ustedes pueden hacer el cargo a mi tarjeta secundaria (si alguna).

Firma del Tarjetahabiente (según aparece en la tarjeta de crédito) _____ Fecha _____ Dirección _____

SOLICITANTE

(Nombre, Inicial, Apellido)

Tipo y Número de Identificación

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO O PRODUCTOR

1. ¿Vio usted al cliente al momento de hacer la solicitud? Sí No

INFORMACIÓN DE TRASFONDO

A su mejor entender, ¿la póliza solicitada conlleva el reemplazo total o parcial de un seguro de vida o anualidad existente? Sí No

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PROPUESTO ASEGURADO

1. Ingreso anual bruto del propuesto asegurado\$ _____

2. Capital personal neto.....\$ _____

3. Propósito del seguro: _____

Yo certifico que el pedido y la venta de esta póliza se han efectuado en total cumplimiento y de conformidad con todas las leyes, reglas y regulaciones aplicables de la jurisdicción en donde se llevó a cabo el pedido.

Firma X. _____

Representante Autorizado o Productor

CONSENTIMIENTO

Intereso recibir recordatorios de cortesía, información de futuros servicios y eventos ofrecidos o auspiciados por **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** Consiento en recibir llamadas de Representantes Autorizados, así como llamadas telefónicas pregrabadas, marcadas automáticamente; mensajes de voz y textos; correos electrónicos por o a nombre de **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** en los teléfonos y correos electrónicos indicados. Comprendo que este consentimiento no es una condición para obtener la póliza que solicito.

Correo electrónico: _____

Tel. Celular: _____ Tel. Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Ext. _____

Firma