

Aseguradora ABANK

Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA-GRUPO

Fecha de solicitud / Día / Mes / Año Efectividad / Día / Mes / Año Póliza VG No.

DATOS DE EMPRESA

Nombre de la empresa	NCR	NIT
Persona contacto	Área	Teléfono
E-mail	Sector económico: <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Financiero Actividad:	
Dirección	Departamento	
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax

RIESGOS CUBIERTOS	CATEGORÍA 1	CATEGORÍA 2	CATEGORÍA 3
I- Muerte por cualquier causa	US\$	US\$	US\$
II- Beneficio suplementario de gastos funerarios	US\$	US\$	US\$
III- Beneficio suplementario por accidente. Indemnización por fallecimiento del asegurado o por lesiones corporales como consecuencia de accidente (MDA)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IV- Beneficio suplementario de exoneración del pago de primas por Incapacidad total o permanente (EPP)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
V- Pago anticipado del capital por incapacidad total o permanente (PCIP)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VI- Enfermedades terminales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros _____			

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA-GRUPO

Forma de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

¿Ha suscrito algún contrato de seguro colectivo de vida similar al que está solicitando? _____

Si es afirmativo, indique compañía y fecha de caducidad _____

Observaciones _____

Yo _____ en calidad de representante legal de la compañía _____
ubicada en _____, Municipio de _____ Departamento de _____

Solicito a Aseguradora ABANK, S.A. Seguros de Personas, del domicilio de Antiguo Cuscatlán, El Salvador, C.A., que emita una Póliza de Seguro de Vida Grupo, para asegurar a las personas que se encuentran al servicio de la empresa anteriormente mencionada según las condiciones y coberturas descritas en la cotización y en el presente documento.

Firma y sello del cliente

Intermediario

Código

Gerente de negocios

Código