



Solicitud: \_\_\_\_\_

Código de asegurado propuesto: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO**

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
 Primer nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Apellido de casada: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_  
 1. Documento de identificación: DPI  Pasaporte  Otro  2. No. de Documento: \_\_\_\_\_  
 3. País de residencia: \_\_\_\_\_ (Se entiende por país de residencia donde ha residido por más de ciento ochenta (180) días corridos, durante cualquier periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días.  
 4. Es residente o Ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica: Sí  No   
 5. En caso afirmativo indique si es: Residente  Ciudadano   
 6. No. de Green Card o Social Security: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN FISCAL (LA QUE APARECERÁ EN SU FACTURA)**

1. País: \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Municipio: \_\_\_\_\_  
 4. Colonia: \_\_\_\_\_ 5. Zona: \_\_\_\_\_ 6. Código postal: \_\_\_\_\_  
 7. Calle/Ave./No.: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE COBRO (VISITA DEL COBRADOR)**

1. País: \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Municipio: \_\_\_\_\_  
 4. Colonia: \_\_\_\_\_ 5. Zona: \_\_\_\_\_ 6. Código postal: \_\_\_\_\_  
 7. Calle/Ave./No.: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (EN DONDE USTED RECIBIRÁ CORRESPONDENCIA, FACTURAS, ESTADOS DE CUENTA, INVITACIONES, ETC.)**

1. País: \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Municipio: \_\_\_\_\_  
 4. Colonia: \_\_\_\_\_ 5. Zona: \_\_\_\_\_ 6. Código postal: \_\_\_\_\_  
 7. Calle/Ave./No.: \_\_\_\_\_  
 8. Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_  
 9. Correo electrónico de oficina: \_\_\_\_\_  
 10. Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ 11. Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_  
 12. Teléfono celular 1: \_\_\_\_\_ 13. Teléfono celular 2: \_\_\_\_\_ 14. Teléfono celular 3: \_\_\_\_\_

**PLAN DE SEGURO SOLICITADO**

1. Plan: \_\_\_\_\_ 2. Prima: \_\_\_\_\_ 3. Forma de pago: A  S  T  M   
 4. Protección constante (PC1): Sí  No  5. Aporte extraordinario: \_\_\_\_\_  
 7. Inicio de vigencia: \_\_\_\_\_ 8. Seguro: Individual  Familiar

**COBERTURA Y SUMA ASEGURADA**

Beneficio	Suma asegurada	Incremento programado (Vida universal)	Beneficio	Suma asegurada	Incremento programado (Vida universal)

**PORCENTAJES Y DURACIÓN DE CRECIMIENTO (EXCLUSIVO PARA VIDA UNIVERSAL)**

1. En suma asegurada \_\_\_\_\_ % anual aplicado por \_\_\_\_\_ años. 2. En las primas \_\_\_\_\_ % anual aplicado por \_\_\_\_\_ años.

## CÓNYUGE ASEGURADO PARA SEFA (EXCLUSIVO PARA VIDA UNIVERSAL)

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Fumador: Sí  No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DPI No: \_\_\_\_\_ Extendido en: \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS. EL BENEFICIARIO NETO DEL SEGURO DEBE PAGARSE EN LA FORMA SIGUIENTE:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PAGO

### HÁBITOS DE VIDA

- ¿Cuál es su ocupación o profesión actual? \_\_\_\_\_  
Si trabaja en lugares que podrían ser peligrosos por la altura, con maquinarias o desempeña cualquier actividad que podría ser considerada peligrosa, sírvase dar detalles: \_\_\_\_\_
- Nombre y dirección del negocio donde trabaja: \_\_\_\_\_
- Tiempo de laborar en la empresa: \_\_\_\_\_ Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene otras ocupaciones? Sí  No  Detállelas: \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su ingreso mensual? \_\_\_\_\_
- ¿Qué profesión u oficio ha desempeñado en el pasado? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido que cambiar de profesión o el oficio por razones de salud? \_\_\_\_\_
- ¿Practica, si bien ocasionalmente, alguna actividad deportiva? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Si es así ¿Profesionalmente?  o ¿Cómo aficionado?   
¿Participa o tiene intención de participar en competencias deportivas? Sí  No   
¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- ¿Hace uso de aviones particulares o helicópteros? Sí  No  Pasajero  o Piloto
- Alguna vez le han suspendido el permiso de conducir? Sí  No  ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Es derecho?  o ¿Izquierdo?
- ¿Ha viajado o vivido en el extranjero en los últimos tres años? Sí  No   
Si es así ¿En donde y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Piensa viajar o vivir fuera de Guatemala? Sí  No   
Si es así ¿Dónde? \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CONTRATACIÓN Y OTROS SEGUROS

- Motivo de la actual propuesta de seguro:  
\*Deberá completar formulario adicional.  
Protección familiar  Protección para la vejez  \*Póliza Hombre Clave  \*Cobertura para préstamo   
\*Cobertura para oritección asociados  Otras: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene otras pólizas de seguro vigentes (cobertura personal): en caso de muerte, invalidez, accidentes, enfermedades graves, asistencia a largo plazo? Sí  No   
Si las hay, precise ¿cuáles?, el importe asegurado, la prima anual, la fecha de inicio y de vencimiento, las condiciones de aceptación (normal, diferida, ajustada con extra prima de salud \_\_\_\_\_ % o con extra prima profesional/residencial, con limitaciones del importe, reducción de la duración, con exclusiones/cuáles): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Indicar si en el pasado se le han rechazado, diferido o se le han aceptado con recargos (por condiciones de salud u ocupación) solicitudes para un seguro de vida, de enfermedades graves, invalidez, accidentes o asistencia a largo plazo: Sí  No   
Si es así por favor detalle: \_\_\_\_\_
- ¿Esta tramitando otros seguros de cobertura personal?  
Si es así, puntualizar cuál es el plan, el importe asegurado, la prima y la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FÍSICO

1. ¿Tiene un médico de cabecera habitual o de familia? Sí  No   
 Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Si ha cambiado de médico en los últimos seis meses, indique los datos del médico actual:  
 Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_
2. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajo? Sí  No   
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
3. ¿Se han diagnosticado o presentado en su familia (aún en línea colateral): tumores malignos, enfermedades cardíacas, ictus, hipertensión, gota, colesterol y triglicéridos elevados, diabetes, tuberculosis, alcoholismo, suicidio, epilepsia u otras enfermedades nerviosas, mentales o enfermedades hereditarias? Sí  No   
 Detalle: \_\_\_\_\_
4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad física, psíquica o invalidez? Sí  No   
 Detalle: \_\_\_\_\_
5. ¿Padece o ha padecido o sentido en algún momento algún síntoma o malestar que le haga presumir de la existencia de alguna enfermedad? Sí  No   
 Detalle: \_\_\_\_\_
6. Señale los valores de: Estatura Mts. \_\_\_\_\_ Peso Lbs. \_\_\_\_\_
7. ¿Está padeciendo o alguna vez ha padecido las siguientes enfermedades o trastornos? (contestar "Sí o No" y detallarlas ampliamente indicando la fecha, la duración, el tipo, el tratamiento, el resultado y las eventuales recaídas):

A) Enfermedades del aparato respiratorio: asma, enfisema, tuberculosis u otras. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
B) Enfermedades del aparato cardiovascular: malformaciones congénitas, cardiopatía isquémica, valvulopatías, arritmia, enfermedades del miocardio o pericardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, arteriopatías o flebopatías u otras. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C) Enfermedades del aparato digestivo: enfermedades del esófago, úlceras del estómago o duodenales gastroduodenitis, hemorragias gastrointestinales, colitis ulcerosas, pólipos, hemorroides, enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, afecciones del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas, afecciones renales u otras. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D) Cualquier forma de tumor sea benigno o maligno, cualquier forma de cáncer. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E) Enfermedades del sistema nerviosos o psíquico: epilepsia, parálisis, depresión, alcoholismo, tentativas de suicidio, accidentes vasculares cerebrales u otras. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F) Enfermedades del aparato músculo-esquelético: enfermedades de los huesos, articulaciones, columna vertebral u otras. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
G) Enfermedades de los ojos: glaucoma, enfermedades de la retina u otras. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
H) Enfermedades auditivas o de los oídos. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
I) Enfermedades del aparato urogenital. Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
J) Enfermedades de la tiroides, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados, trastornos hormonales, diabetes, gota u otras. Detalles: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
K) ¿Otras enfermedades? Detalle: _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

8. ¿Ha aumentado o disminuido su peso más de 15 libras en los últimos 2 años? Sí  No   
 Si es así, indique cantidad de libras y la posible causa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. ¿Usa o ingiere actualmente algún medicamento? Sí  No  ¿Por prescripción médica? Sí  No   
 Detalle: \_\_\_\_\_
10. ¿Usa o ingiere cualquier tipo de droga, estupefacientes y/o psicotrópicos que alteren su estado mental y/o físico que produzca hábito? Sí  No   
 Detalle: \_\_\_\_\_

11. ¿Hizo o hace uso actualmente de cualquier tipo de droga? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
12. ¿Le están haciendo o le han hecho tratamientos mentales? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
13. ¿Ha padecido en el pasado o padece actualmente de enfermedades o ha sufrido accidentes, con secuelas que lo dejaron incapacitado? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
14. ¿Ha interrumpido su actividad u ocupación habitual por enfermedad o accidentes, por más de tres semanas seguidas, durante los últimos cinco años? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
15. ¿Ha estado internado en clínicas, sanatorios u hospitales por enfermedades, intervenciones quirúrgicas o tratamientos invasores con la excepción de parto, operaciones por apendicectomía, tonsilectomía, adenoidectomía, hermiectomía, colectomía, efectuadas hace más de dos años? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
16. ¿Le han practicado estudios clínicos (análisis de laboratorio, electrocardiograma, rayos X, visitas especializadas u otras investigaciones especiales) para diagnóstico de alguna enfermedad existente? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
17. ¿Ha tenido resultado positivo para VIH/SIDA o hepatitis B, C o le ha efectuado análisis o seguido un tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, enfermedades tropicales, infecciosas o parasitarias? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
18. ¿Ha estado recientemente en países tropicales? Dónde: \_\_\_\_\_ Sí  No
19. ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéuticas con hemoderivados? Sí  No   
¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
20. ¿Le impidieron alguna vez donar sangre? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
21. ¿Le han hecho alguna vez radioterapia o quimioterapia? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
22. ¿Tiene previsto un próximo ingreso a un hospital, clínica particular o instituciones similares o piensa someterse a una intervención quirúrgica? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
23. ¿Fuma usted habitualmente? Si es así, indique cantidad diaria? Sí  No   
Cigarros: \_\_\_\_\_ Puro: \_\_\_\_\_ Pipa: \_\_\_\_\_ Masca tabaco: \_\_\_\_\_
24. ¿Ha fumado en el pasado? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_  
¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Ha cambiado alguna vez su hábito de fumar bajo consejo del médico o le han aconsejado que deje de fumar?  
\_\_\_\_\_
25. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si es así, indique cantidad diaria? Sí  No   
Clase: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Las ha ingerido anteriormente? \_\_\_\_\_
26. ¿Ha reducido tal cantidad bajo consejo del médico o le han aconsejado hacerlo? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_
27. ¿Ha consultado a algún médico durante los últimos tres años? Sí  No   
Detalle: \_\_\_\_\_

#### DATOS ADICIONALES SI EL ASEGURADO PROPUESTO ES MUJER

A) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo? Detalle: _____	SÍ	No
B) ¿Está embarazada? Indique en qué semana de gestión está actualmente? Detalle: _____	SÍ	No
C) ¿Ha tenido abortos? ¿Cuántos? Detalle: _____	SÍ	No

D) ¿Cuántos partos ha tenido? Detalle:	Sí	No
E) ¿Hubo anomalías en algún parto? Detalle:	Sí	No

28. Señale todo trastorno u otra enfermedad, deformidad o problema que no haya sido citado en las preguntas anteriores, favor de proporcionar amplia información en el espacio siguiente o en hoja separada indicando:

fecha: \_\_\_\_\_ duración: \_\_\_\_\_ tratamiento: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
estado actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO PROPUESTO

Autorizo a los médicos o entidades que me hayan asistido o examinado, para que proporcionen a ASEGURADORA GENRAL, S.A., los informes que requieran referentes a mi salud y/o enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno, inclusive después del acaecimiento de la enfermedad que se está investigando. Para tal efecto relevo a los médicos y al personal de las entidades del secreto profesional del caso en que me hayan asistido o examinado. Asimismo una fotocopia de la información obtenida por la Aseguradora será tan válida como el original.

Queda entendido y convenido que:

Aseguradora General, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

NOTA: Antes de firmar asegúrese de leer toda la solicitud, pues esta forma es parte legal de su expediente. Asimismo, el asegurado propuesto deberá firmar en presencia de Agente y en caso de no saber firmar, deberá estampar su huella digital del pulgar de la mano derecha, firmando otra persona a su ruego.

Lugar y fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Propuesto: \_\_\_\_\_ Firma del Agente (Testigo): \_\_\_\_\_

### SIRVASE INDICAR EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRES PERSONAS A QUIEN PODAMOS DIRIGIRNOS CON RESPECTO A ESTA SOLICITUD

Nombres y apellidos completos:	Dirección:	Teléfono:

### DATOS DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE AL ASEGURADO PROPUESTO)

Denominación o Razón Social (en caso el Contratante sea una persona jurídica)

\_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Apellido de casada: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

No. de DPI o Cédula de Vecindad: \_\_\_\_\_ Extendida (o) en: \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN FISCAL (LA QUE APARECERÁ EN SU FACTURA)

1. País: \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Municipio: \_\_\_\_\_

4. Colonia: \_\_\_\_\_ 5. Zona: \_\_\_\_\_ 6. Código postal: \_\_\_\_\_

7. Calle/Ave./No.: \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN DE COBRO (VISITA DEL COBRADOR)

1. País: \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Municipio: \_\_\_\_\_

4. Colonia: \_\_\_\_\_ 5. Zona: \_\_\_\_\_ 6. Código postal: \_\_\_\_\_

7. Calle/Ave./No.: \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (EN DONDE USTED RECIBIRÁ CORRESPONDENCIA, FACTURAS, ESTADOS DE CUENTA, INVITACIONES, ETC.)

1. País: \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Municipio: \_\_\_\_\_

4. Colonia: \_\_\_\_\_ 5. Zona: \_\_\_\_\_ 6. Código postal: \_\_\_\_\_

7. Calle/Ave./No.: \_\_\_\_\_  
 8. Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_  
 9. Correo electrónico de oficina: \_\_\_\_\_  
 12. Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ 13. Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ 14. Teléfono celular: \_\_\_\_\_

## COBRO DE PRIMAS

1. Motivo de la actual propuesta de seguro:

\*Llenar formulario correspondiente.

\* Débito automático a tarjeta de crédito  \*Visa cuotas  \* Débito bancario ( en cuenta de ahorro o monetario)   
 Depósito en cuenta  Cobro a domicilio  Pago en caja  Agente o corredor   
(Consulte con su asesor sobre bancos disponibles)

Día de pago:

De acuerdo con lo establecido en la Ley de Acceso de la información Pública, Ley Contra el Lavado de Dinero u Otros Activos y su reglamento y Ley para Prevenir y Reprimir el Financiamiento del Terrorismo y su reglamento, por medio de la presente autorizo para que verifique cualquier información de mi persona, en cualquier base de datos pública o privada, autorización expresa que se extiende a las empresas que prestan el servicio de información, para que puedan suministrar información de mi persona, con el propósito de que ASEGURADORA GENERAL, S.A., pueda verificar la información proporcionada para tramitar mi solicitud y/o verificaciones posteriores relacionadas con este negocio.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

## Informe confidencial del agente

- ¿Que relación tiene con el solicitante? Conocido reciente  Conocido durante \_\_\_\_ años  Pariente
- ¿En cuánto estima su capital propio? \_\_\_\_\_
- Si es comerciante o industrial, ¿Cuál es el giro de sus negocios? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene otras actividades o pasatiempos, diferentes a los deportes, de mayor riesgo? \_\_\_\_\_
- ¿Es militar? Sí  NO  Indique el grado: \_\_\_\_\_
- ¿Se dedica a la política activamente? \_\_\_\_\_
- Sabe usted algo adicional, además de lo expuesto, que pueda agravar el riesgo del seguro solicitado: \_\_\_\_\_
- Dé detalles completos de cualquier información que pueda ayudar a clasificar el riesgo, aclarar la solicitud o explicar las respuestas arriba indicadas (si fuera necesario use una hoja adicional) \_\_\_\_\_

El agente declara haber visto personalmente al solicitante del seguro y da fe de su firma en la solicitud.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## AGENTE. DECLARACIÓN

¿Le consta a usted que el asegurado propuesto firmó la presente solicitud? Sí  NO   
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_

CÓDIGO	NOMBRE Y FIRMA	%	CÓDIGO	NOMBRE Y FIRMA	%

He revisado cuidadosamente las respuestas dadas en esta solicitud junto con el Agente y estoy satisfecho con su exactitud.

\_\_\_\_\_  
 Supervisor de Agentes

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 953-2013 de fecha 13 de septiembre de 2013.



## TÉRMINOS Y CONDICIONES VÁLIDOS PARA ESTE RECIBO

1. El Seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha de la solicitud respectiva o del examen médico, la que sea más tardía, siempre que se le presente pruebas satisfactorias a la Compañía de que en dicha fecha el solicitante era asegurable como riesgo normal, de acuerdo con las normas de la Compañía para el plan y monto solicitado.
2. La Compañía dispondrá de 60 días después de la fecha de la solicitud para estudiarla y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el solicitante no recibe aviso de la aceptación o rechazo de su solicitud, entonces deberá considerarla como no aceptada por la Compañía.
3. Si la Compañía se rehúsa aceptar la solicitud y emitir la póliza de acuerdo con el plan, la cantidad y tipo de la prima solicitados, no contraerá ningún compromiso en virtud de la solicitud de este recibo. En tal caso de la Compañía le reintegrará al solicitante la suma pagada por él.
4. Este recibo condicional no será válido a menos que: A) el nombre registrado en este recibo identifique al solicitante o contratante de la solicitud respectiva y B) la fecha y el número de este recibo y la solicitud sean iguales.
5. Este recibo no surtirá efecto alguno si es alterado en alguna forma.



Solicitud

Codo del Recibo Condicional entregado a:

---

Por valor de:

---

Como anticipo de pago de la primera prima para el trámite de la solicitud de Seguro de Vida identificada con el número impreso en el mismo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Código Agente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante





ASEGURADORA  
**GENERAL**

Ingreso a Caja  
Por solicitud en trámite de Vida

Solicitud

Nombre: \_\_\_\_\_

Valor: \_\_\_\_\_

Cheque  Efectivo

Código Agente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

RECIBO CONDICIONAL

Solicitud

Este recibo no debe de utilizarse a menos que se haya recibido un pago con la solicitud.

### ASEGURADORA GENERAL

Recibe de: \_\_\_\_\_

La cantidad de: \_\_\_\_\_

Como anticipo o totalidad de la primera prima para Seguro de Vida, a cuyo efecto hoy se ha hecho la solicitud respectiva del formulario que lleva el mismo número y fecha de este recibo, sujeto a los términos y condiciones que rigen en esta Compañía con respecto a la aceptación de riesgos y que aparecen al reverso de este recibo.

Si en un periodo de 15 días hábiles usted no ha recibido información sobre su solicitud sirvase comunicarse con nostostro al tel: 2285-7200 Depto. Vida Individual, será un placer atenderle.

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Intermediario