

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES
SOLICITUD DEL SEGURO
(MODALIDAD DEL SEGURO DE COBERTURA DE DEUDAS)**

a) DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:				
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Edad:
		Día	Mes	Año
Tipo de identificación: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carné de residente ☐		Número de identificación:		RTN:
Profesión u oficio:	Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	
b) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
País:	Departamento:	Municipio:	Residencial, colonia o barrio:	
Calle:	Avenida:	Bloque:	No. casa:	
Correo electrónico:	Número de teléfono celular:		Número de teléfono de casa:	
Es comerciante individual: Sí ☐ No ☐	Nombre del negocio (si aplica):		Giro del negocio:	
Nombre de lugar de trabajo:	Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar:	
		Salario:		
c) INFORMACION DE LA DEUDA				
Monto del crédito:		Plazo (años):		
Tipo de crédito:		Suma asegurada:		
Detalle los créditos vigentes que tenga con el contratante de la póliza (detalle número de préstamo, monto inicial, saldo actual, plazo (años) y fecha de otorgamiento):				
Si el nuevo préstamo sustituirá alguno de los detallados, indicarlo:				

BENEFICIARIOS:

Beneficiario único e irrevocable:

Beneficiarios contingentes (este apartado debe ser completado únicamente si la suma asegurada por fallecimiento del asegurado fuere igual al monto inicial del crédito):

No.	Nombre Completo	DNI	Parentesco	% Distribución
1				
2				
3				
4				
5				

DECLARACION DE SALUD.

Estatura _____ Mts. Peso _____ Lbs.

¿Ha padecido o le han diagnosticado alguna enfermedad crónica, grave o terminal tales como: enfermedad renal, cardiovascular, hipertensión arterial, cáncer, SIDA, alzheimer, parkinson, diabetes, desmayos, trastornos mentales, alcoholismo, cirrosis o cualquier otra enfermedad/condición, síndrome o diagnóstico clínico no mencionado anteriormente, que pudiera influir negativamente en su futuro estado de salud? Si su respuesta fue "Si", detalle la enfermedad o padecimiento, tratamiento actual y nombre del médico: _____ _____	SI ____ No ____
¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud? Si su respuesta fue "No" amplíe: _____ _____	SI ____ No ____

OTRAS DECLARACIONES

¿Alguna vez le han negado un seguro de vida? En caso afirmativo, amplíe los motivos en cuál aseguradora: _____ _____	SI ____ No ____
¿Está protegido por otro seguro de vida? En caso afirmativo, amplíe a continuación (detalle nombre de la compañía, suma asegurada, fecha de emisión, plazo (años) y si tiene recargo en la prima: _____ _____ _____ _____	SI ____ No ____

El solicitante del seguro declara y garantiza a la Aseguradora que ésta puede confiar en la información incluida en esta Solicitud y otros documentos (entre otras, la información de identificación) que la Aseguradora solicite razonablemente en relación con el Contrato de Seguros. Asimismo, garantizo que las declaraciones hechas y proporcionadas son verdaderas y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información, por lo que estoy de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indican, y estoy de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba.

Asimismo, acepto y entiendo que las declaraciones inexactas y las reticencias del solicitante del seguro, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave de conformidad con el Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del Solicitante

Aprobado