

SEGURO POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

SOLICITUD DE SEGURO

De acuerdo con las Condiciones de la Póliza No. _____ emitida a nombre de: _____, se solicita inscribir como Asegurado a:

Nombre completo del Cliente: _____ **Certificado. No.** _____

Monto de Créditos anteriores: \$ _____

Nuevo monto de Crédito a asegurar: \$ _____ **Plazo** _____ años **Fecha Efectiva:** ____/____/____

Saldo total del monto asegurado (cúmulo): \$ _____

Modalidad Suma Asegurada: Monto Original ☐ Saldo Insoluto ☐

Coberturas de la póliza: VIDA ☐ Incapacidad Total y permanente (ITP) ☐ Desempleo Involuntario ☐ Incapacidad Total Temporal ☐

Fecha: ____/____/____

Por el Contratante
(firma y sello)

Con el presente documento solicito mi inscripción y manifiesto mi conformidad para ser inscrito según la siguiente información:

1. Nombre completo: _____
 2. Tipo de identificación: Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de residencia ☐ Numero de RTN ☐ Número de Identificación _____
 3. Dirección residencial completa _____ Municipio _____ Departamento _____
 4. Teléfono: _____
 5. Fecha de nacimiento: ____/____/____
 6. Nacionalidad (es): _____
 7. Edad: ____ años
 8. Estado civil: _____
 9. Sexo: M ☐ F ☐
 10. Estatura: _____ (metros) y Peso: _____ (libras)
 11. Ocupación actual o profesión: _____
 12. Monto aproximado de ingreso mensual: _____
 13. Procedencia de los recursos: _____
 14. Lugar de trabajo y dirección: _____ Teléfono _____
15. **Designo como Beneficiario Irrevocable a:** _____
hasta por el importe total de la deuda adquirida con dicha institución y el saldo del remanente si los hubiere, se pagará a:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	No. IDENTIDAD	%

16. Coberturas:

Cobertura:	Suma Asegurada
a) Fallecimiento del Asegurado Titular	
b) Beneficio Adicional de Indemnización por Desempleo Involuntario	
c) Beneficio Adicional por Incapacidad Total Temporal	

DETALLE DE LA PRIMA

16. PRUEBA DE ASEGURABILIDAD (DECLARACION DE SALUD):

PADECE O HA PADECIDO DE:	Si	No		Si	No
Enfermedades del corazón, Presión Arterial alta o baja, Mareos, Palpitaciones o dificultad para respirar			Enfermedades del Riñón, de la Vejiga u órganos genitales		
Diabetes Mellitus, Trastornos Endócrinos o cualquier enfermedad del Páncreas			Enfermedades Transmisión sexual incluyendo Sífilis		
Enfermedades del aparato respiratorio, Tuberculosis, Asma o Tos Crónica, Úlceras o sangrados.			Epilepsia o Convulsiones		
Trastornos de la Tiroides, Dislipidemia, Enfermedades del Hígado o Vesícula Biliar			Cáncer, Tumores o crecimientos anormales incluyendo quistes		
SIDA o infección por VIH			Otras enfermedades no mencionadas:		

Para toda respuesta afirmativa, favor proporcionar detalles de padecimiento, fechas, tratamiento recibido, estado actual, etc): _____

17. ¿Tiene alguna deformidad, amputación o defecto físico? SI ☐ NO ☐ Detalles: _____
18. ¿Fuma o ha fumado? SI ☐ NO ☐ Frecuencia diaria? _____ (fecha dejó de fumar): _____
19. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☐ Con qué frecuencia y qué clase? _____
20. ¿Se encuentra embarazada?(En caso de ser mujer) SI ☐ NO ☐ Meses de Gestación: _____
21. ¿Ha estado en tratamiento con algún médico, hospital o clínica? SI ☐ NO ☐ (Caso afirmativo dar detalles): _____
22. ¿Viaja en Aeronaves de uso privado, es piloto Aviador o estudiante de Piloto? SI ☐ NO ☐ horas al año y tipo de Nave?: _____
23. Practica alguna actividad/deporte considerado como peligroso/extremo? SI ☐ NO ☐ (tipo y frecuencia): _____

Doy fé que reconozco que la presente solicitud y los datos proporcionados en ella serán considerados como parte base del Contrato de Seguro y acepto las Condiciones de la Póliza correspondiente. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y completos. Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que me haya atendido para que revele a la Compañía de Seguros cualquier dato o información que ésta requiera para la evaluación de mi solicitud.

(Firma del Solicitante)

(Firma Representante Legal)

Fecha: ____/____/____