EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

De acuerdo con las condiciones de la Pólizas de Seguro Colectivo de Vida, otorgadas a nombre de_____, solicito inscribir como Asegurado a _____incluido a partir del día____ mes____ año_____. La suma asegurada "Vida" será de L._____

_____
FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

C O N S E N T I M I E N T O

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para los efectos correspondientes, proporciono los datos siguientes:

I. Datos Personales del Asegurado			
Como aparece en el documento de identidad			
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
Fecha de Nacimiento Día ☐ Mes ☐ Año ☐	Edad:	Género Masculino ☐ Femenino ☐	
Lugar de Nacimiento: Municipio | Departamento		Nacionalidad (es)	
Número de Identificación:	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		
Estado Civil Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐			
Número RTN.	Profesión u Oficio:		
Nombre Completo del Cónyuge:	Número Identidad del Cónyuge:		
Origen de los recursos			
Actividad Económica Principal:			
Ocupación Actual: Asalariado ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐ Pensionado ☐ Otros_____			
Nombre del Negocio (si aplica):	Giro del Negocio:	Act. Económica del Negocio:	

Favor llenar las indicaciones del reverso de la página.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 66/27-09-2021.

EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:	Municipio:	Colonia:	Avenida:	Ciudad:	Calle:
Número de Fax	Bloque No:	Número Celular:	Teléfono de Residencia No:		Otro Teléfono
Correo Electrónico:					
Otras referencias o señas:					

II. Detalle de Información Laboral:

Nombre de la empresa donde labora:			Posición / cargo que desempeña:	
Fecha de Empleo Día ☐ Mes ☐ Año ☐		Salario Devengado Mensual ☐		Quincenal ☐
Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:		Sitio Web:
Específicamente detalle su fuente de ingresos:				

Dirección Completa de la Empresa donde Labora:				
Departamento	Municipio	Ciudad	Colonia	Calle
Bloque	Avenida	Edificio	Teléfono No:	Teléfono Fax No:
Correo Electrónico:		Sitio Web:		

III. Detalles de Información para Aseguramiento

B.1.- Beneficiarios Seguro de Vida: (anotar nombre completo en letra de molde)

No.	Nombres	Identidad	Parentesco	Dirección	Participación %
1.					
2.					
3.					

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)

EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

B.2.- Beneficiario de Contingencia: (anotar nombre completo en letra de molde)
Beneficiario Contingente: La persona que recibe el pago de la indemnización del seguro en reemplazo del o los beneficiarios principales que, a la fecha del fallecimiento del Asegurado, también hubieran fallecido

No.	Nombres	Identidad|	Parentesco	Dirección	Participación %
1.					

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)

B.3.- Tutor de los Beneficiarios menores de veintiuno (21) años (anotar nombre completo en letra de molde)
El Asegurado puede designar a un tutor para los beneficiarios menores de edad para que éste reciba y administre la indemnización del seguro a nombre de los beneficiarios, en caso de que ninguno de los padres del beneficiario se encuentre vivo al momento de la muerte del asegurado, o que aun estando vivo uno de los padres, éste ceda por escrito su derecho de administrar el monto asegurado a favor del tutor designado por el causante.

No.	Nombres	Identidad	Parentesco	Dirección	Participación %
1.					

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)

B.4.- Datos del Beneficiario Final (favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS en numeral III)

B.5.- Antecedentes de Salud

Estatura (m) _____ **Peso (lbs.)** _____

Favor contestar las preguntas a continuación descritas con **"Sí"** o **"No"**.

¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Si	No	Enfermedad	Si	No	Enfermedad	Si	No
Trastorno de las Vías Digestivas			Artritis o Reumatismo			Cualquier Defecto, Amputación o Menoscabo Físico		
Trastorno de la Sangre			Trastorno del Recto					
Venas Varicosas			Trastorno Urinario			Enfermedades o Defectos de la Vista, Oído, Nariz o Garganta		
Enfermedades del Corazón			Enfermedades Venéreas					
Desmayos o Mareos			Insuficiencia Renal o Enfermedades de los Riñones			Trastornos de la Vesícula Biliar		
Alta o Baja Presión			Enfermedades Cerebrovasculares, Lesiones de la Cabeza o Espina Dorsal			Albúmina, Azúcar en la Orina		
Convulsiones			Diabetes			Prostatitis		
Trastornos Nerviosos			Hernia			A sufrido algún accidente grave		
Tuberculosis			Bocio			Cirrosis		
Dolores de Cabeza Severos			Cáncer			¿Está actualmente Embarazada? ¿Meses?_____		
Enfermedades mentales			Trastorno Glandular			Operación Cesárea		
Epilepsia			Tumores			**Otras enfermedades Especifique:**		

1. ¿Se encuentra usted actualmente con buen estado de salud? _____ En caso negativo, dé detalles_____
   _____
2. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedades o accidentes durante los últimos tres meses? _____
   _____
3. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? _____

EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

4. ¿Tiene usted intensión o se le ha recomendado ser intervenido(a) quirúrgicamente? _____
_____

5. ¿Le ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de vida o salud? _____

En caso de que alguna de las interrogantes anteriores tenga respuesta afirmativa, detalle a continuación:					
Dolencia	**Tratamiento**	**Fecha de Dolencia**	**Duración del Tratamiento**	**Nombre del Médico**	**Nombre del Hospital/Clínica**

Declaración de Veracidad y Autorización

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Equidad Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar. **AUTORIZO** a todo Médico, Clínica u Hospital y otros establecimientos que me hayan asistido o puedan asistirme en el futuro por circunstancias de salud, para que suministren a Equidad Compañía de Seguros S.A., los informes que requieran en relación al Seguro que yo solicito, eximiéndolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la información brindada referente a mí persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta Autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Fecha _____ de _____ de _____

_____
FIRMA DEL ASEGURADO

Fecha de aprobación día _____ mes _____ año _____.

_____
FIRMA AUTORIZADA