



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO,

De acuerdo con las condiciones de la Póliza Colectiva Familiar No. _____, expedida a nombre de _____ solicito inscribir como Asegurado a _____ quien ingresó el día _____ de _____ de _____ en condición de _____. La suma asegurada correspondiente será de L. _____.
Día _____ de _____ de _____.

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		Edad:	Género
Día	Mes	Año	Masculino ☐ Femenino ☐
Lugar de Nacimiento: Municipio Departamento		Nacionalidades	
Número de Identificación:	Tipo de Identificación		
	Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente. ☐		
Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐		Estado Civil 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:



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			Salario Devengado		
Día	Mes	Año	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

Plan Familiar

A) Datos del Grupo Familiar

Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	No. de Identidad	Edad
	Cónyuge			
	Hijo (a)			
	Hijo (a)			
	Hijo (a)			
	Hijo (a)			



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

B) Distribución de Sumas Aseguradas

Asegurados	Monto	Porcentaje
Titular	Lps.	100%
Cónyuge	Lps.	50%
Hijos	Lps.	30%

C) Beneficiarios contingentes en caso de muerte de todo el núcleo familiar (anotar nombre completo en letra de molde)

No	Nombre	Identidad	Parentesco	Dirección	Participación %
1					
2					
3					
4					
5					

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)

D) Datos del Beneficiario Final (favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS en numeral III)

E) Antecedentes de Salud

1.- ¿Está usted o alguno de sus asegurados indirectos enfermo o recibiendo tratamiento médico? Si ☐ No ☐
Si su respuesta es positiva especifique la enfermedad o tratamiento. _____

2.- ¿Alguno de ellos está por recibir tratamiento médico o someterse a operación quirúrgica? Si ☐ No ☐
Si su respuesta es positiva especifique que tratamiento u operación quirúrgica. _____

3.- ¿Ha padecido usted o alguno de sus asegurados indirectos de enfermedades del corazón, alta presión, diabetes, tuberculosis, cáncer, úlceras, tumor o alguna otra enfermedad? Si ☐ No ☐
Si su respuesta es positiva especifique la o las enfermedades. _____

4.- ¿Está cada uno de sus asegurados indirectos, apto para desempeñar las actividades normales y acostumbradas de una persona de su misma edad y género? Si ☐ No ☐
Si su respuesta es negativa especifique porque no es apto _____

Por medio de la presente declaro que ninguna de las personas arriba descritas, se encuentra actualmente asegurada bajo ninguna otra Póliza de Seguro Colectivo Familiar expedida por Equidad Compañía de Seguros S.A., cualquier omisión, inexactitud o falsedad de estas declaraciones darán lugar a la nulidad del Seguro.

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare 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.

Fecha _____ de _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO

Fecha de aprobación día _____ mes _____ año _____

FIRMA AUTORIZADA