

## SEGURO DE VIDA ANUAL RENOVABLE BANCOCCIVIDA- DÓLARES

### SOLICITUD DE SEGURO

**DATOS GENERALES**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Identidad N° \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_ Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa o negocio donde trabaja / indique si es profesional independiente: \_\_\_\_\_ Naturaleza del (los) negocios: \_\_\_\_\_ Especifique detalladamente la fuente de sus ingresos: \_\_\_\_\_ Monto Aprox. De ingreso mensual: \_\_\_\_\_

**TIPO DE PLAN**

Tipo de plan: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada Vida: \_\_\_\_\_ Prima Mensual: \_\_\_\_\_ Moneda: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO**

Número de cuenta o tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prima mensual a debitar: \_\_\_\_\_  
 Nombre del colaborador que tramita solicitud: \_\_\_\_\_ Código de Agencia: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE SALUD**

Estatura (Mts.): \_\_\_\_\_ Peso (Lbs.): \_\_\_\_\_

1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene usted alguna dificultad física o mental para el desempeño de sus tareas laborales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. ¿Adolece de algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardíacas, pulmonares cancerosas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis, enfermedades mentales, cirrosis, parálisis, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades coronarias, enfermedades autoinmunes o SIDA? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido alguna vez víctima de amenazas, extorsión o intento de asesinato? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar: \_\_\_\_\_

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PLAN CONTRATADO
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA		
PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		
GASTOS FÚNEBRES		

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES EN CASO DE MUERTE**

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato. Las contestaciones y declaraciones que anteceden son completas y verdaderas, por lo tanto, autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, IHSS y Laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan reconocermme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a **Seguros Crefisa, S. A.**, la información que ésta requiera, en relación al seguro que solicito.

Asimismo, autorizo a **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**, que se haga cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta de cheques o de tarjeta de crédito, de la cantidad requerida para cubrir la cuota de la prima que genera esta solicitud

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la cuenta o tarjeta de crédito

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

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

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

N° de DNI: \_\_\_\_\_

N° de DNI: \_\_\_\_\_