



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA SALDO DE DEUDA
SOLICITUD DE SEGURO (INDIVIDUAL)**

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de seguro colectivo saldo deuda 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 <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento: Municipio Departamento		Nacionalidades	
Número de Identificación:		Tipo de Identificación	
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente. <input type="checkbox"/>	
Soltero (a) <input type="checkbox"/>		Estado Civil	
Casado (a) <input type="checkbox"/>		Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Viudo (a) <input type="checkbox"/>		Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	
		Separado (a) <input type="checkbox"/>	
Número RTN.		Profesión u Oficio:	
Nombre Completo del Cónyuge:		Número Identidad del Cónyuge:	
Origen de los recursos			
Actividad Económica Principal:			
Ocupación Actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otros _____			
Nombre del Negocio (si aplica):		Giro del Negocio:	Act. Económica del Negocio:



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 <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Mensual <input type="text"/>	Quincenal <input type="text"/>	
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.- Beneficiarios (anotar nombre completo en letra de molde)

CONTRATANTE	PARTICIPACIÓN %

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)

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

V. Antecedentes de Salud

Estatura (m) _____ Peso (Lbs.) _____

1.- ¿Padece o ha padecido usted de enfermedades o lesiones?

Sí No



2.- ¿Ha estado en tratamiento u observación con algún médico, hospital o clínica?

Sí No

En caso de que alguna de las interrogantes anteriores (1 ó 2) tenga respuesta afirmativa, detalle a continuación:

No.	Dolencia	Tratamiento	Fecha de dolencia	Duración/ Tratamiento	Nombre del Medico	Nombre de Hospital/clínica
1.						
2.						

VI. 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 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, **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 mi 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

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA MENORES DE EDAD:

Como Representante Legal, autorizo que la persona que ha formulado el cuestionario arriba citado sea incluida en la Póliza de Seguro Colectivo que se ha mencionado anteriormente.

REPRESENTANTE LEGAL

Fecha de aprobación día _____ mes _____ año _____.

FIRMA AUTORIZADA