

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL
SEGURO DE CÁNCER
SOLICITUD DEL SEGURO**

Póliza	Cliente	Inicio de Vigencia	
Cuenta Principal	Cuenta Secundaria	Plan	Forma de Pago
Prima Mensual	Sucursal	Empleado	

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
DNI	Tipo de Identificación	RTN	
Sexo	Estado Civil	Nombre completo del cónyuge	
Dirección Completa de Residencia		Teléfono	Correo Electrónico
Nombre del negocio (si aplica)	Nombre de la empresa donde labora	Giro o actividad del negocio	
Posición/cargo que desempeña	Tiempo de laborar en la empresa	Dirección completa de la empresa que labora	
Teléfono de Trabajo	Correo Electrónico	Especifique detalladamente la fuente de ingresos	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			

DATOS DEL CÓNYUGE ASEGURADO (Cobertura Opcional)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
DNI	Tipo de Identificación	RTN	
Sexo	Estado Civil	Nombre completo del cónyuge	
Dirección Completa de Residencia		Teléfono	Correo Electrónico

COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada
Indemnización por primer Diagnóstico de Cáncer para el Asegurado Titular	
Indemnización por primer Diagnóstico de Cáncer para el Cónyuge Asegurado (Opcional)	

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR SIN HABER RECIBIDO LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE A UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO(S) A:

No.	Nombre	Identidad No.	Dirección	Parentesco	Porcentaje

El Asegurado se reserva el derecho de cambiar a su(s) beneficiario(s) sin previo aviso a el(los) mismo(s).

Preguntas De Salud		
Se requiere respuesta a cada pregunta	Asegurado	Cónyuge Asegurado
¿En algún momento se le ha diagnosticado cualquier tipo de cáncer y/o tumor maligno?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, por la que haya estado hospitalizado, para la que haya o esté tomando medicamento por más de 2 meses por la se haya ausentado el trabajo por más de 2 meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está en espera de realizarse algún estudio diagnóstico o está esperando el resultado de algún estudio incluyendo ultrasonido, tomografías, biopsias, etc. y/o tiene pendiente algún tratamiento o cirugía?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta a una de estas preguntas es afirmativa, esta solicitud de seguro queda sin efecto.		

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

A. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer para el Asegurado Titular

Si el Asegurado Titular recibe por primera vez en su vida un diagnóstico de cáncer cubierto por esta póliza, La Compañía pagará al Asegurado Titular la suma de la cobertura básica indicada en la Solicitud/Carátula de la Póliza y duplicará la suma asegurada si el cáncer, de acuerdo con las condiciones de la póliza, es diagnosticado como primario y catalogado, nombrado y limitado como sigue:

- Cáncer Femenino: Únicamente cáncer de mama o cervicouterino
- Cáncer Masculino: Cáncer de próstata

Independientemente del número de diagnósticos que reciba el asegurado, ya sea para el mismo cáncer o uno distinto, este beneficio se pagará solamente una vez terminando automáticamente el seguro y, por tanto, la responsabilidad de La Compañía frente al asegurado.

B. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer para el Cónyuge Asegurado (Opcional)

Si el Asegurado Titular elige esta cobertura opcional y paga la prima correspondiente, el cónyuge del Asegurado Titular indicado en la Solicitud/Carátula de la Póliza, los beneficios se aplicarán bajo las mismas condiciones y procedimientos de la “Indemnización por Diagnóstico de Cáncer para el Asegurado Titular” definido anteriormente.

En caso de siniestro, esta cobertura será indemnizada al Asegurado Titular, terminando automáticamente el seguro para el Cónyuge Asegurado, sin embargo, el Asegurado Titular podrá continuar bajo la misma póliza pagando la prima correspondiente. Si la indemnización fuere por el Asegurado Titular, el Cónyuge Asegurado

podrá solicitar por escrito a La Compañía la continuidad de cobertura bajo una nueva póliza pagando la prima como Asegurado Titular.

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

Autorizo a (acá el nombre de la institución financiera), para debitar de mi cuenta de ahorro, cheques o tarjeta de crédito, según la periodicidad seleccionada para cubrir el monto de las primas originadas en esta Póliza. Asimismo, a cualquier médico, hospital, clínica y laboratorio para que suministre a **SEGUROS DEL PAÍS, S.A.** toda la información necesaria que hubiere sobre mi persona.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro que todas las respuestas anteriores son exactas, completas y verídicas, que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas o graves y que no ejerzo actividades peligrosas ni fuera de la ley.

SEGUROS DEL PAIS, S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistir en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro.

Manifiesto que he leído y que he recibido copia de la Solicitud y de las Condiciones Generales de la Póliza las cuales forman parte íntegra del contrato y he tomado conocimiento de mí derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ello.

Extendido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma del Asegurado

Firma y sello de Banco del País, S.A.