



SEGURO COLECTIVO DE VIDA
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Formulario for insurance declaration with sections: 1. NOMBRE DEL CONTRATANTE, 2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO, 3. Fecha de Nacimiento, 4. DIRECCIÓN DEL DOMICILIO, 5. DIRECCIÓN OFICINA, 6. BENEFICIARIOS.

LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA PERSONAS



7	MONTO ASEGURADO: US\$
----------	-------------------------------------

8	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA : Día: Mes: Año: A las 12:01 horas
----------	---

9	DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
----------	--------------------------------------

a) ¿ Sufre o ha sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumor, diabetes, epilepsia, asma, trastornos inmunológicos o padecimientos relacionados con el SIDA, Usted como Titular de la póliza o alguno de los Dependientes incluidos ?	SI () NO ()
---	---------------

Explique:

b) ¿ Tiene en la actualidad alguna enfermedad o pérdida funcional o anatómica, o ha sufrido un accidente que le impide desempeñar labores propias de su ocupación, o sabe si será hospitalizado o internado quirúrgicamente, Usted o alguno de los Dependientes incluidos ?	SI () NO ()
---	---------------

Explique:

Garantizo que las respuestas que anteceden son exactas y verdaderas. Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de seguro.

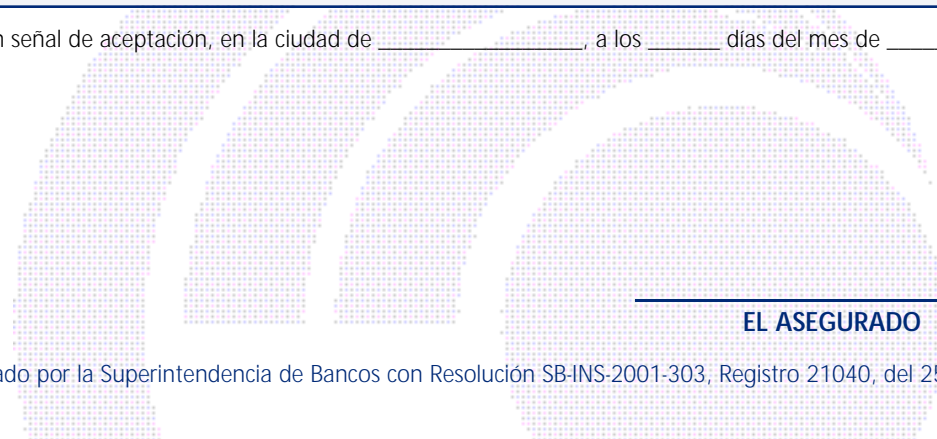
Acepto que, de conformidad con lo que establece el Art. 14 del D.S. 1147 (R.O. 123, 7-XII-63), mi cobertura estará viciada de nulidad en el caso de que esta declaración haya sido rendida con reticencia o falsedad.

De conformidad con lo que establece el Art. 78 del D.S. 1147 (R.O. 123k, 7-XII-63), queda excluido el suicidio voluntario o involuntario del Asegurado, ocurrido durante los dos (2) primeros años de vigencia de este certificado.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mi, para que suministre a Equvida toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.

De existir una respuesta afirmativa a una de las preguntas, no significa un rechazo a su cobertura, sino que estará sujeta a la aprobación de Equvida S. A .

Firmo este documento en señal de aceptación, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 200 ____



EL ASEGURADO

NOTA : Formulario aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución SB-INS-2001-303, Registro 21040, del 25 de octubre del 2001

10	AUTORIZACION DE PAGO :
AUTORIZO A EQUVIDA A DEBITAR DE MI CUENTA :	
Banco:	Corriente # Ahorros #
A nombre de :	Tarjeta de Crédito:
	La cuota de :
PERIODOS DE PAGO : Mensual () Trimestral () Semestral () Anual () A partir de :	
Ciudad / fecha:	Firma / C.I.Nº:
_____, a _____ de _____ el 200 ____	_____