

SOLICITUD



EQUIVIDA

SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA CRECIENTE

Este formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. 96-393-5 de Agosto de 1996

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA EQUIVIDA CRECIENTE

		ESTA SOLICITUD ES PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO		SOLICITUD	
DATOS PERSONALES DEL CANDIDATO A ASEGURADO					
APELLIDOS		NOMBRES		ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/>	
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		N° CÉDULA O PASAPORTE		VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN DE TRABAJO		CIUDAD		TELÉFONO:	
PROFESION		OCUPACIÓN PRINCIPAL		EMPRESA DONDE TRABAJA	
CON CUÁL DE ESTAS ACTIVIDADES TIENE SU OCUPACIÓN MAYOR RELACIÓN?		OFICINA <input type="checkbox"/>		VIAJES <input type="checkbox"/>	
CONDUCE MOTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ES PILOTO DE AERONAVE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		REALIZA ESTUDIOS SOBRE PILOTAJE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FRECUCENCIA CON QUE LO HACE		EN CASO AFIRMATIVO (Llenar formulario de Aviación)		ES PILOTO FUMIGADOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
QUE DEPORTES PRACTICA:		PRACTICA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DEPORTES: BUCEO <input type="checkbox"/> CARRERAS DE AUTOMÓVILES <input type="checkbox"/> COMPETENCIAS NÁUTICAS <input type="checkbox"/>		PARACADISMO <input type="checkbox"/> PARAPENTE <input type="checkbox"/> ALAS DELTA <input type="checkbox"/> TOREO <input type="checkbox"/>	
INGRESO MENSUAL APROXIMADO (incluye otros ingresos)		NOMBRE DEL SOLICITANTE, SI NO ES EL CANDIDATO A ASEGURADO		PARENTESCO O RELACIÓN CON EL CANDIDATO A ASEGURADO	
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA DEL SOLICITANTE		CIUDAD		TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO		CIUDAD		TELÉFONO	
ENVÍO AVISOS DE PAGO Y CORRESPONDENCIA A:		ASEGURADO <input type="checkbox"/>		SOLICITANTE <input type="checkbox"/>	
RESIDENCIA <input type="checkbox"/>		TRABAJO <input type="checkbox"/>		CASILLA <input type="checkbox"/>	
PLAN DE SEGURO: CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO SOLICITADO					
MONTO ASEGURADO INICIAL VIDA		AUMENTO MENSUAL DEL MONTO		FORMA DE PAGO:	
ASEGURADO <input type="checkbox"/> 0%		2.5% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 3.5% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/>		MENSUAL <input type="checkbox"/>	
MUERTE ACCIDENTAL		INVALIDEZ POR ACCIDENTE		INVALIDEZ POR ENFERMEDAD	
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE		RENTA DIARIA (Hospitalización por accidente)		MONEDA:	
TIPO DE CAMBIO:		BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE		PARENTESCO O RELACIÓN CON CANDIDATO A ASEGURADO	
PORCENTAJE		BENEFICIARIO (En caso de no vivir los anteriores)		PARENTESCO O RELACIÓN CON CANDIDATO A ASEGURADO	
PORCENTAJE		TUTOR LEGALMENTE NOMBRADO		PRIMA ANUAL TOTAL (Incluye Impuestos y Financiamiento)	
EN CASO DE FALLECIMIENTO QUE SUS BENEFICIARIOS RECIBAN EL MONTO ASEGURADO EN:		UN SOLO PAGO:		PAGOS PARCIALES:	
ESPECIFIQUE:		RAMO		EN CASO DE TENER POLIZAS VIGENTES, FAVOR DETALLAR COMPAÑÍA	
NÚMERO DE POLIZA		VALOR ASEGURADO		TIENE PENDIENTE EN LA FECHA ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA, GRUPO O ACCIDENTES PERSONALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE POLIZA Y LA COMPAÑÍA		ALGUNA SOLICITUD DE VIDA LE FUE ACEPTADA CON EXTRAPRIMA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS HA REHUSADO ASEGURAR SU VIDA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNTO Y LA COMPAÑÍA		FIRMA DEL CANDIDATO A ASEGURADO		FIRMA DEL SOLICITANTE	
CIUDAD Y FECHA DE ESTA SOLICITUD		CÉDULA O PASAPORTE N°			

ESTATURA		PESO		Kilos ganados en el último año		Kilos perdidos en el último año		Causa de la variación			
a) Padece alguna enfermedad, pérdida funcional o anatómica, se encuentra bajo algún tratamiento médico actualmente o está tomando, aplicando o utilizando alguna medicina? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				b) Ha consultado o recibido tratamiento médico o ha sido intervenido quirúrgicamente en consultorio, hospital o algún centro asistencial: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
c) Sabe si necesita someterse a intervención o tratamiento médico en consultorio, hospital o algún centro asistencial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				d) En los últimos dos años le han tomado exámenes de Sangre, Radiografías, Electrocardiogramas, Encelalogramas, Tomografías, Meligrafías u otros exámenes clínicos o de laboratorio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
e) Alguna vez ha recibido tratamiento médico o se ha sometido a pruebas sanguíneas por el SIDA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				f) Ha recibido transfusiones de sangre o concentrados sanguíneos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
g) Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				DETALLE:							
h) Es o a sido usted fumador? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				i) En caso afirmativo, indique el número de cigarrillo que fuma al día? Hace cuanto dejó de fumar.				j) Es o ha sido aficionado a la morfina, cocaína, drogas o estimulantes en los últimos cinco años?			
k) Consume bebidas alcohólicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Frecuencia con la que lo hace?		Cantidad		Clase		Ha sido tratado por alcoholismo o drogadicción en los últimos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DETALLE DE LOS MÉDICOS CONSULTADOS POR EL ASEGURADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS											
NOMBRE		DIRECCIÓN			FECHA CONSULTA		CAUSA				
HISTORIA FAMILIAR											
FAMILIAR	VIVOS				FALLECIDOS						
	EDAD ACTUAL	ENFERMEDADES QUE PADECEN			EDAD AL MORIR	CAUSA DE LA MUERTE					
PADRE											
MADRE											
HERMANOS											
CÓNYUGE											
HIJOS											
PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS ÚNICAMENTE POR MUJERES											
Han tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Está embarazada?		Cuánto hace?		Ha tenido abortos?		Le han practicado cesárea?			
Han sido normales sus partos desde entonces? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						Fecha y resultado de la última citología (Papanicolaou)					
En los casos afirmativos, favor explicar:											
<p>Garantizo que en la actualidad gozo de perfecta salud y que las respuestas que anteceden son exactas y verdaderas. Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de Seguro y la Base de la Póliza que se me expida, queda convenido que hasta la emisión de la póliza y previo pago de la prima, EQUIVIDA únicamente asumirá la cobertura provisional en los términos, condiciones y plazos descritos al reverso de esta solicitud. Si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por EQUIVIDA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, acepto la nulidad del contrato.</p> <p>Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a EQUIVIDA toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.</p>											
Ciudad y fecha de esta SOLICITUD					FIRMA DEL CANDIDATO A ASEGURADO						

		DEPOSITO PROVISIONAL	
RECIBIR DE: _____		LA CANTIDAD DE: _____	
<p>POR CONCEPTO DE DEPOSITO PROVISIONAL DADO EN RELACIÓN CON LA SOLICITUD PARA POLIZA DE SEGURO DE VIDA, PRESENTADA A EQUIVIDA S.A. Y QUE LLEVA EL MISMO NÚMERO DE ESTE RECIBO, SI SE ACEPTA LA SOLICITUD, SU VALOR SE APLICARÁ AL PAGO DE PRIMAS; DE NO ACEPTARSE, SU VALOR SERÁ DEVUELTO SIN QUE LA COMPAÑÍA RECONOZCA INTERESES SOBRE EL MISMO. LE AGRADECEREMOS HACER SU DEPOSITO PROVISIONAL CON EFECTIVO, VAUCHER O CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE LA COMPAÑÍA EQUIVIDA S.A. Y ESTE SOLO SERÁ ABONADO AL RECIBIR EQUIVIDA SU VALOR.</p>			
EFECTIVO <input type="checkbox"/>		CHEQUE <input type="checkbox"/>	
MONEDA _____		TIPO DE CAMBIO _____	
CÓDIGO: _____		FIRMA DEL EJECUTIVO (A) DE VENTAS _____	
Ciudad y fecha			

COBERTURA PROVISIONAL

A partir de la fecha en que el Depósito Provisional es otorgado a la caja de Equivida, EQUIVIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. otorga cobertura provisional por un valor equivalente al 50% del monto del Seguro solicitado a favor del candidato a asegurado, en el caso de su fallecimiento por muerte accidental exclusivamente. En ningún caso el 50% mencionado podrá exceder la suma de 65.000 U.S. \$ Dólares.

Esta cobertura provisional quedará sin efecto al momento de la emisión de la póliza respectiva o del rechazo de esta solicitud de seguro por no convenir a los intereses de EQUIVIDA, con una duración máxima de quince (15) días calendario desde la fecha de ingreso a caja de Depósito Provisional; lo que ocurra primero.

Esta cobertura provisional no es susceptible de extenderse en su plazo o de modificarse en modo alguno con relación a lo aquí indicado.

SOLICITANTE

EQUIVIDA