

SOLICITUD



EQUVIDA

SEGURO VIDA UNIVERSAL PROVISIÓN

Este formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. 95-494-S de Diciembre 28 de 1995

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA PROVISIÓN UNIVERSAL

		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"/>		NACIONALIDAD		VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	
N° CÉDULA O PASAPORTE		FECHA DE NACIMIENTO		AÑO MES DÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO		CIUDAD		TELÉFONO:	
PROFESIÓN	OCUPACIÓN PRINCIPAL	EMPRESA DONDE TRABAJA	ANTIGÜEDAD	OCUPACIONES Y QUE PARTE DEL TIEMPO LE TOMAN	
CON CUÁL DE ESTAS ACTIVIDADES TIENE SU OCUPACIÓN MAYOR RELACIÓN? OFICINA <input type="checkbox"/> VIAJES <input type="checkbox"/> TRABAJO MANUAL <input type="checkbox"/>					
MANEJO DE VEHÍCULOS <input type="checkbox"/> MAQUINARIA PESADA <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"/>	
FRECUENCIA 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"/>			
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 CASILLA	
ENVÍO AVISOS DE PAGO Y CORRESPONDENCIA: 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 DE VIDA		PRIMA ANUAL TOTAL		FORMA DE PAGO: MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/>	
OPCIÓN: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		EN CASO AFIRMATIVO (Llenar formulario de Aviación)		BANCO/TARJETA: _____	
MUERTE ACCIDENTAL		INVALIDEZ POR ACCIDENTE		INVALIDEZ POR ENFERMEDAD	
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE		RENTA DIARIA		Hospitalización por accidente	
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					
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°		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
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, Tomografías, Meliografías 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 cuánto 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					
Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz?		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: _____					
Garantizo que en la actualidad gozo de perfecta salud y que las respuestas que anteceden son exactas y veraderas. 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 retención 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. 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.					
Ciudad y fecha de esta SOLICITUD			FIRMA DEL CANDIDATO A ASEGURADO		

		DEPOSITO PROVISIONAL	
RECIBI DE: _____		LA CANTIDAD DE: _____	
POR CONCEPTO DE DEPOSITO PROVISIONAL DADO EN RELACIÓN CON LA SOLICITUD PARA POLIZA UNIVERSAL, 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.			
EFFECTIVO <input type="checkbox"/>	CHEQUE <input type="checkbox"/>	TARJETA <input type="checkbox"/>	BANCO / EMISOR _____
MONEDA _____		TIPO DE CAMBIO _____	
CÓDIGO: _____		FIRMA DEL EJECUTIVO (A) DE VENTAS _____	
Ciudad y fecha		FIRMA DEL EJECUTIVO (A) DE VENTAS	

COBERTURA PROVISIONAL

A partir de la fecha en que el depósito Provisional haya ingresado 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 exclusiva. 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 suplazo o de modificarse en modo alguno con relación a lo aquí indicado.

SOLICITANTE

EQUIVIDA
