

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA BENEFICIO FAMILIAR



CONTRATANTE			
¿El Asegurado, Contratante o Pagador son diferentes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
En caso de afirmativo, debe completar el formulario de solicitud de Contratante o Pagador CP-AS-201906			
DATOS DEL ASEGURADO Y DIRECCION PARA NOTIFICACIONES Y AVISOS			
Persona: <input type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Jurídica	Forma de Pago <input type="radio"/> Acreedor <input type="radio"/> ACH <input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Cobra Corredor <input type="radio"/> Otros _____		No. Pagos:
Nombre Completo / Razón Social:		Nombre Comercial:	
Cédula / Pasaporte / RUC:	Seguros Social No.:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Estatura: mts.	Peso: Lbs.	Posee ud. póliza en otra Cía. de Seguros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cía. de Seguros
Dirección Residencial: (Calle, Urbanización, Edificio, N° de casa /apto.)		No. de Póliza	Vigencia:
País de nacimiento / constitución de la empresa:		Nacionalidad:	País de Residencia:
Teléfono Casa:	Teléfono Oficina:	Celular:	E-mail personal:
Profesión u ocupación / Actividad a la que se dedica la empresa:			
Lugar de trabajo:		Dirección de trabajo:	
Provincia:	Ciudad:	Zona o Barrio:	
Calle:		Casa No. o Edificio y Apto.:	
Apartado:		E-mail de trabajo:	
Suma Asegurada:			
Ingresos Anuales Persona Natural:	<input type="radio"/> Menor a B/.10,000.00	<input type="radio"/> B/.10,001.00 a B/.30,000.00	<input type="radio"/> B/.30,001.00 a B/.50,000.00
Ingresos Anuales Persona Jurídica:	<input type="radio"/> Menor a B/.250,000.00	<input type="radio"/> B/.250,001.00 a B/.1,000,000.00	<input type="radio"/> B/.1,000,001.00 a B/.10,000,000.00
Origen de los ingresos:	País (es) de Tributación:	No. De Identificación Tributaria:	
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE: ¿Es ud. una persona expuesta políticamente ¹ o Familiar cercano ² , o estrecho colaborador ³ de ésta? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Cargo o Relación:			
<p>¹ Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los Jefes de Estado o de Gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de desiciones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes en una organización, organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir directores, sub directores y miembros de la junta directiva.</p> <p>² Unicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de la persona expuesta políticamente.</p> <p>³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales o internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.</p>			

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS			
Beneficiarios	Cédula	Parentesco	Porcentaje
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
En caso de menor, debe nombrar administrador fiduciario			
Beneficiario contingente			

DECLARACIÓN DE SALUD			
Ha presentado alguna de las siguientes condiciones:	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
1. Ha consultado a algún médico en los últimos 12 meses?			
2. Si es mujer, nombre del Ginecólogo			
3. Hace dieta			
4. Ha presentado alguna vez presión alta?			
5. Ha tenido diabetes, cáncer, tumores, quistes?			
6. Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias?			
7. Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas			
8. Ha tenido, sufrido o padecido depresión, ansiedad enfermedad mental?			



9. Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica?			
10. Está usted embarazada?			Indique cuantos meses?
11. Tiene alguna incapacidad física?			
Ha presentado alguna de las siguientes condiciones:	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
12. Ha recibido alguna vez atención médica o tratamiento médico por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida(SIDA) o alguna enfermedad relacionada con esta?			
13. Es Fumador?			Indique cuantos cigarrillos o habanos diarios?
14. Ingiere licor?			Indique frecuencia semanal:
15. Recibe tratamiento oral? (medicamento)			
Si cualquiera de las respuestas afirmativa, favor subrayar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes			
Observaciones especiales:			

COBERTURA FAMILIAR OPCIONAL		
Nombre del Cónyugue:	Cédula:	Fecha de Nacimiento:
¿Su cónyugue ha recibido o recibe tratamiento por condiciones como: Enfermedades de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas, enfermedades del corazón, presión alta, pulmones, vías respiratorias, diabetes, cáncer, tumores, quistes, enfermedades del sistema genital, problemas de columna vertebral, SIDA, depresión o trastornos nerviosos, o cualquier condición médica? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Explique:		
Hijos dependientes cubiertos por la póliza:		
		Fecha de Nacimiento
1-		
2-		
3-		
4-		
Beneficio de Hospitalización: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

AUTORIZACION PARA SUMINISTRARNOS DATOS Y REVELAR INFORMACION PERSONAL:

Por este medio autorizo a cualquier y todo médico o clínica o institución hospitalaria, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis, diagnósticos o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, y suministren copia de los mismos a ALIADO SEGUROS, además renuncio, exoneró, y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier registro profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía ALIADO SEGUROS. Hago constar y garantizo que las declaraciones en esta solicitud son completas y veraces.

Que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud y convengo que si fuere aceptado por la compañía y presentarse yo, o mis beneficiarios, alguna reclamación en relación con los beneficios de este seguro antes de un año de vigencia de dicho certificado o póliza, y se demostrase que mis declaraciones no fuesen veraces y completas y que oculte detalles relacionados con mi estado de salud, ALIADO SEGUROS está en su derecho de negar el pago del producto de este seguro, mismo que quedara nulo automáticamente desde su emisión y yo o mis beneficiarios solo tendremos derecho únicamente a reclamar la devolución de las primas pagadas, cuando corresponda.

A su vez, declaro que la dirección, teléfono o correo electrónico que complete en la presente solicitud, se entenderá que es la dirección, teléfono o correo electrónico (cualesquiera que ALIADO SEGUROS utilice) para notificaciones personales, estados de cuenta, cancelación de pólizas, notas o demás documentos que desee ALIADO SEGUROS enviarme. Acepto que es mi obligación notificar formalmente a ALIADO SEGUROS cualquier cambio o modificación en la dirección, teléfono o correo electrónico de esta solicitud. De no notificar este cambio o modificación, acepto que ALIADO SEGUROS me notifique en la dirección establecida en esta solicitud, y acepto que la misma tendrá toda la validez y fuerza legal necesaria.

Firma del Asegurado Propuesto	Cédula	Fecha
Firma del Contratante	Cédula	Fecha
Firma del Corredor	Licencia No.	Fecha

NOTA: Después de 60 días el asegurado debe llenar una nueva declaración

Para uso de la Compañía			
	SI	NO	DETALLE
Aprobado			
Recargo			
Comentarios o Pendientes			

