

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL.

De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. CD-0033 de Seguro COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL DECRECIENTE emitida a nombre de ASOCIACION HPH EL SALVADOR, se solicita inscribir como asegurado a
Vanessa D Martinez

Montos asegurados anteriores: \$ 100.00
Nuevo monto a asegurar: \$ 302.00 Plazo 20 años Garantía: terremoto
Monto Total asegurado: \$ 402.00 San Salvador,

Por el Contratante

En relacion con la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como asegurado y opara ese fin proporciono los siguientes datos:

1. Nombre completo Vanessa D Martinez
2. Fecha de nacimiento 12/12/1992 Edad: 31 años 3. Estado civil: casado/a
4. Sexo: M ☐ F ☒ 5. Estatura: 1.66 Mts. Peso: 125 libras
6. Ocupacion actual EMPLEADO 7. No.DUI 45646534-5
8. Lugar de trabajo: jdks
9. Designo como beneficiario irrevocable a ASOCIACION HPH EL SALVADOR hasta por el importe de la deuda contraida con dicha institucion

DECLARACION DE SALUD:

PADECE O HA PADECIDO DE :

	SI	NO		SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZON O DE LA PRESION ARTERIAL		X	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	X	
DIABETES		X	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES		X
ENFERMEDADES DE LA VEJIGA U ORGANOS GENITALES		X			

Declaro que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad que he marcado como NO y acepto que de padecer de alguna de estas enfermedades previo a la fecha de esta declaraión, no tendre derecho a ninguno de los beneficios o coberturas descritas en la poliza de seguro, de la cual forma parte esta solicitud. Si marqué SI en alguno de los padecimientos nombrados, a continuación proporciono los detalles (fecha, padecimiento, tratamiento recibido, situacion actual):

27/11/2023 - alerfin /

10. Tiene alguna deformidad, amputacion o defecto fisico, defecto de la vista o del oido? No (Caso afirmativo dar detalles)

11. Fuma cigarrillos o pipa?

SI ☒ NO ☐ Cuántos al día? 2

12. Ingiere bebidas alcohólicas) SI ☒ NO ☐ Con qué frecuencia? semanal

13 ¿Ha estado en tratamiento con algun medico, hospital o clinica? No (Caso afirmativo dar detalles):

14. Practica alguna actividad o deporte peligroso o externo? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo favor indicar que clase y la frecuencia:

Seguro de Desempleo SI ☒ NO ☐

Convengo en que la presente solicitud y los datos proporcionados en ella son parte y constituyen la base del Contrato de Seguro y acepto las Condiciones de la Póliza correspondiente. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y completos. Acepto que cualquier diferencia encontrada en la informacion proporcionada en esta Solicitud, que he firmado para el otorgamiento del credito, y mi estado de salud actual, ocasionará que el presente seguro quede sin efecto asi como los beneficios contratados. Autorizo a cualquier medico, hospital o clinica que me haya atendido revele a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A. cualquier dato o información que ésta requiera.

Firma Solicitante

Fecha: