



FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO BNB VIDA + ENFERMEDADES GRAVES "A"



Código Asignado:

La solicitud debe llenarse en letra de imprenta, contestando todas las preguntas o marcando el cuadro correspondiente.

A. CONTRATANTE: BANCO NACIONAL DE BOLIVIA S.A.

B. ASEGURADO:

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
APELLIDO DE CASADA _____ NOMBRE(S) _____
N° DOC IDENTIDAD _____ TIPO DOC DE IDENTIDAD: CARNET IDENTIDAD ☐ PASAPORTE ☐ CARNET DE EXTRANJERO ☐
CIUDAD O POBLACIÓN _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDAD _____ SEXO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
TELEFONO DOMICILIO _____ TELEFONO CELULAR _____

C. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO DEL ESPOSO	NOMBRE(S)	PARENTESCO	% de distribución
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
SUMA TOTAL					100%

D. ALTERNATIVA SOLICITADA:

MARCAR CON UNA X LA ALTERNATIVA ESCOGIDA

COBERTURAS (En \$us)	ALTERNATIVA A1	ALTERNATIVA A2	ALTERNATIVA A3
Muerte por cualquier Causa	10,000.00	25,000.00	50,000.00
Beneficio por Muerte Accidental (*)	10,000.00	25,000.00	50,000.00
Enfermedades Graves (Anticipo del 50% del Capital Asegurado de la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa)	5,000.00	12,500.00	25,000.00
ALTERNATIVA ESCOGIDA:			

(*) Se aclara que en caso de que el fallecimiento ocurra por una causa accidental, la Compañía Aseguradora indemnizará el capital asegurado de las coberturas de: Muerte por Cualquier Causa y Beneficio por Muerte Accidental en conjunto.

E. PRIMAS (En \$us)			
Monto y Forma de Pago	ALTERNATIVA A1	ALTERNATIVA A2	ALTERNATIVA A3
Anual			
Mensual			

FORMA DE PAGO ESCOGIDA: MENSUAL ☐ ANUAL ☐

F. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Yo, como solicitante de la presente Póliza de seguro, declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física y funcional no se encuentra reducida. No padezco ni he padecido de enfermedades tales como Cáncer, HIV Sida, enfermedades congénitas (es una enfermedad de la estructura o metabolismo presente desde el nacimiento), cardiovasculares, neurológicas, Insuficiencia renal, psiquiátricas, pulmonares, Hipertensión arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes y tumores, que afectan mi estado de salud actual. En los últimos dos (2) años no he sido sometido(a), ni me han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades descritas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ella (s) en forma causal o consequential. No poseo adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacentes y sustancias psicotrópicas. Mis ocupaciones y actividades son lícitas y los ejerzo dentro de los marcos legales.

NOTA: De acuerdo a la Ley, la omisión o reticencia de las declaraciones del Asegurado, respecto a su estado actual de salud, padecimiento de enfermedades, sus consecuencias, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, y adicciones, contenidas en la Declaración de Asegurabilidad precedente, podrían originar la pérdida de los derechos a la indemnización que se deriven de la póliza que se emita basada en estas declaraciones.

Autorizo a los médicos, clínicas e instituciones de salud, para suministrar a La Boliviana Ciacruz Seguros Personales S.A., todos los datos que posean sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento.

G. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

EL SOLICITANTE DEBERÁ COMPROBAR SU IDENTIDAD POR MEDIO DE UN DOCUMENTO COMO EL CARNET DE IDENTIDAD, PASAPORTE, O CARNET DE EXTRANJERO,

PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTA SOLICITUD, EL SOLICITANTE DECLARA QUE TODOS LOS DATOS CONTENIDOS EN LA MISMA, SON VERÍDICOS, ESTAN COMPLETOS Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA.

EL SOLICITANTE ACEPTA QUE EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGENCIA UNA VEZ QUE HAYA LLENADO Y FIRMADO LA SOLICITUD DE SEGURO, FIRME LA ACEPTACIÓN O ADHESIÓN A LAS CONDICIONES DEL SEGURO CONTEMPLADAS EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA INDIVIDUAL Y SE COBRE LA PRIMERA PRIMA MENSUAL O ANUAL (DE ACUERDO A LA ALTERNATIVA ELEGIDA).

ASI MISMO, PARA TAL EFECTO, AUTORIZO AL BANCO NACIONAL DE BOLIVIA S.A. EL DÉBITO DE MI CUENTA N° _____ A OBJETO DE PROCEDER AL PAGO DE LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES A MI SEGURO DE VIDA.

DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS DE LA PÓLIZA SUSCRITA, PROVIENE DE FUENTE LÍCITA.

DECLARO HABER RECIBIDO EL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL/A ASEGURADO(A)