

ATLÁNTIDA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA
SEGURO COLECTIVO DE DEUDA DECRECIENTE

De acuerdo con las Condiciones de la Póliza No. CD-_____ de Seguro COLECTIVO DE DEUDA DECRECIENTE emitida a nombre de _____, se solicita inscribir como asegurado a _____

Montos asegurados anteriores: \$ _____

Nuevo monto a asegurar: \$ _____

Monto total asegurado: \$ _____

Plazo _____ años Garantía: _____

Por el Contratante

En relación con esta solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como asegurado y para ese fin proporciono los siguientes datos:

Nombre completo _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: ____ años Estado civil: _____ Sexo: M ☐ F ☒

Estatura: ____ Mts. Peso: ____ libras Ocupación actual _____ No. DUI _____

NIT _____ Dirección Residencia: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección del lugar de trabajo _____

Designo como beneficiario irrevocable a FOSOFAMILIA hasta por el importe de la deuda contraída con dicha institución y el remanente si los hubiere, se pagará a estos beneficiarios:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	%

DECLARACION DE SALUD: Declaro que los datos proporcionados a continuación son verdaderos y completos

PADECE O HA PADECIDO DE:

	SI	NO		SI	NO
Enfermedades del corazón o de la presión arterial			Enfermedades de la vejiga u órganos genitales		
Enfermedades del aparato respiratorio			Epilepsia		
Diabetes			Enfermedades del hígado		
SIDA o infección VIH			Cáncer o tumores		
Enfermedades de los riñones			Otras Enfermedades		

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 declaración, no tendré derecho a ninguno de los beneficios o coberturas descritas en la póliza 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, situación actual):

¿Ha estado en tratamiento con algún médico, hospital o clínica? _____ (Caso afirmativo dar detalles):

¿Tiene alguna deformidad, amputación o defecto físico, defecto de la vista o del oído? _____ (Caso afirmativo dar detalles)

¿Fuma cigarrillos o pipa? SI ☐ NO ☐ Cuántos al día? _____ ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☐ Con qué frecuencia? _____

¿Viaja en aeronaves de uso privado? SI ☐ NO ☒ Cuántas horas en el año: _____

¿Practica alguna actividad o deporte peligroso o extremo? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo favor indicar qué clase y la frecuencia:

¿Es su ocupación piloto aviador? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo favor completar cuestionario de aviación.

F. _____
Firma del Solicitante

INFORMACION IMPORTANTE SOBRE EL SEGURO

RIESGOS CUBIERTOS

- Muerte por cualquier causa
- Cobertura por Incapacidad total y permanente
- Gastos Funerarios \$500.00

CONDICIONES ESPECIALES

La cobertura de muerte termina al cumplir el asegurado 80 años de edad. La cobertura de invalidez, si está incluida en la póliza, termina al cumplir el asegurado 70 años de edad.

La Declaración de Salud debe ser completada por cada uno de los deudores.

Los asegurados por esta póliza no podrán ceder a terceras personas los derechos del seguro, pues estos corresponden al Contratante, en su calidad de cesionario irrevocable.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DEL MONTO DEL SEGURO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si la invalidez resulta directa o indirectamente de:

Intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales

Lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado

Lesiones sufridas o enfermedades originadas por alguna condición preexistente, desconocida como tal por la aseguradora al emitir la póliza

Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica o similares

Lesiones sufridas resultante del consumo de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados.

La comisión o tentativa de parte del asegurado para cometer un delito, participar en cualquier prueba de velocidad, deportes considerados extremos y cualquier acto que lo involucre en actividades evidentemente peligrosas para su integridad física y donde el resultado es accidental.

CONDICIONES GENERALES

EXENCION DE RESTRICCIONES

La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Deudores asegurados.

REGISTROS E INFORMES

El Contratante estará obligado a enviar a la Aseguradora, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la póliza.

COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la Aseguradora. Los agentes de la Aseguradora no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía. Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella, quedando entendido que las correspondientes a los Asegurados se dirigirán por intermedio del Contratante.

PRESCRIPCION

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará además a lo que dispone el Código de Comercio.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA RECLAMO DE INDEMNIZACIONES. Los documentos los presentan los beneficiarios en las oficinas del Contratante, para que éste gestione los pagos con la Aseguradora:

En caso de fallecimiento

- Certificación original de partida de defunción del asegurado
- Certificación original de partida de nacimiento del asegurado
- Original y Fotocopia DUI del asegurado
- Fotocopia de NIT, Tarjeta de Afiliación del ISSS y Número Único Previsional (NUP)
- Formulario de declaración completado por el beneficiario y formulario de declaración completado por el médico que asistió al fallecido, o certificación extendida por el hospital donde el asegurado falleció.
- Formulario de declaración completado por un testigo, más copia de DUI.
- Estado de cuenta emitido por el Contratante, indicando fecha de último pago realizado por el deudor fallecido, tasa de interés y saldo adeudado por el asegurado a la fecha del siniestro

En caso de invalidez:

- Dictamen de la invalidez total y permanente
- Formulario de declaración completado por el asegurado y el médico tratante.
- Original y fotocopia DUI del asegurado.
- Certificación original de partida de nacimiento del asegurado.

Manifiesto 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 información proporcionada en esta Solicitud, que he firmado para el otorgamiento del crédito, y mi estado de salud actual, ocasionará que el presente seguro quede sin efecto, así como los beneficios contratados; por tanto, la obligación adquirida con el contratante de esta póliza queda en manos de los beneficiarios nombrados aquí. Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que me haya atendido para que revele a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas, cualquier dato o información que ésta requiera.

(Firma del Solicitante)

Lugar y fecha _____