

SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Sol. No. _____

IMPORTANTE

(CODIGO DE COMERCIO)

Art.1369: Quien Solicite un contrato de seguro está obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o los deba conocer en el momento de formular la respectiva solicitud.

Quien contrate por tercero deberá declarar los hechos relativos al riesgo, tal como éste los conozca o deba conocerlos.

Art. 1370: El dolo o culpa grave en las declaraciones a que se refiere el artículo anterior, da al asegurador acción para pedir la rescisión del contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento de la presentación de la demanda.

El asegurador tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso, en el momento que conozca el dolo o culpa y en todo caso a las primas convenidas por el primer año.

Nota importante: Las respuestas y datos que deban consignarse en este documento deben ser claros, precisos y de la mas rigurosa exactitud, llenando con letra legible, preferiblemente con letra de molde.

Las respuestas que no sean pertinentes se contestaran con la palabra "NO", considerandose en sentido negativo toda la falta de contestación o la sustitución de dicha palabra por raya u otros signos, siempre bajo la exclusiva responsabilidad de la persona a ser asegurada .

Antes de firmar, asegúrese de leer la solicitud, pues ésta forma parte legal del expediente.

DATOS DEL SOLICITANTE

1.- Nombre del solicitante: _____		3.- Edad: _____ años	
2.- Lugar y fecha de Nacimiento: _____		5.- Número de DUI: _____	
4.- Número de NIT: _____		8.- Estatura: _____ mts.	
6.- Sexo: M () F ()		9.- Peso _____ lbs.	
7.- Estado Civil: _____		11.- Tel. de Residencia: _____	
10.- Dirección de Residencia: _____		14.- ISSS: _____	
12.- Profesión: _____		13.- Ocupación: _____	
15.- Correo Electrónico: _____		16.- Zurdo () Diestro ()	

DATOS DEL CONTRATANTE

1.- Nombre de la empresa: _____		4.- Fecha de ingreso: _____	
2.- Afiliada: _____		5.- Tel. de Trabajo: _____	
3.- Dirección de Trabajo: _____		Vigencia del Seguro: _____	
4.- Cargo que desempeña: _____			

Riesgos Cubiertos

Muerte accidental
Incapacidad permanente y Pérdida de miembros o de sus funciones
Reembolso de Gastos médicos
Renta diaria por Incapacidad temporal
Gastos Funerarios

Sumas aseguradas

\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____

BENEFICIARIOS

NOMBRES COMPLETOS	N° de NIT o Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje %

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

<p>Si necesita más espacio para completar sus respuestas, favor utilizar una hoja adicional y anexarla a esta solicitud, colocando como referencia, el número de la pregunta de la cual esta completando su respuesta. Con nombre completo y firma según DUI del solicitante.</p>	<p>ESPACIO PARA AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS</p>
<p>1.- ¿Se encuentra en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo? ¿Cuál es su profesión u ocupación actual? ¿Qué cargo desempeña? ¿Trabaja manualmente? ¿Utiliza herramientas y máquinas? ¿Manipula sustancias tóxicas, explosivas o corrosivas?</p>	

2.- ¿Con qué frecuencia viaja? Favor indique tipo de transporte y destino. ¿Usa automóvil, avión, avioneta, motocicleta u otro medio de transporte en el ejercicio de su profesión? Mencione sus ocupaciones laborales y no laborales que considere peligrosas o que proyecte emprender.	
3.- ¿Qué deportes practica, con qué calidad y frecuencia? ¿Ha sufrido algún accidente? Favor indicar fecha, tipo de lesiones, estado actual. ¿Ha recibido indemnización de alguna Compañía Aseguradora en concepto de reclamo?	
4.- ¿Goza de perfecto estado salud?	
5.- ¿Padece o ha padecido enfermedades crónicas o graves tales como enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, Hipertensión Arterial, Cáncer, Virus del VIH, cirrosis, paraplejía, cuadriplejía, apoplejía, sordera, ceguera, epilepsia, Diabetes Mellitus, ataque de delirium tremens, síncope, vértigo, enfermedades mentales y/o cualquier otra enfermedad?	
6.- ¿Consumo bebidas alcohólicas, cigarrillos, drogas u otro estupefaciente? Favor indique cantidad y frecuencia. ¿Ha recibido tratamiento antialcohólico o contra el uso de narcóticos?	
7.- ¿Cuándo fue la última vez que consultó un médico? Favor indique fecha, síntomas, nombre del médico, padecimiento, tratamiento, duración y estado actual. ¿Piensa Ud. Someterse a un tratamiento médico?	
8.- ¿Se ha sometido Ud. Alguna vez a una intervención quirúrgica? Favor indique nombre de la operación y del médico tratante, fecha, resultado, tratamiento y estado actual.	
9.- ¿Está en perspectiva alguna intervención quirúrgica, enfermedad manifiesta o en estado de evolución? Favor detalle nombre de la persona y padecimiento	
10.- ¿Adolece de mutilaciones, malformaciones o defectos físicos? ¿Tiene padecimientos de la vista u oídos?	
11.- ¿Tiene otros seguros vigentes? ¿De qué tipo? ¿Cuál es la Suma asegurada? ¿Con qué Aseguradora?	
12.- Alguna Compañía de seguros le ha negado, extraprimado, disminuido o aceptado con limitaciones alguna póliza o su renovación? Favor indique nombre, fecha y motivo	
13.- ¿Se encuentra tramitando otro seguro? Favor indicar nombre de la Compañía, tipo de seguro y suma asegurada.	

Yo, el suscrito, garantizo bajo juramento que gozo de perfecta salud; que no ejerzo ni proyecto ejercer ninguna ocupación riesgosa o peligrosa; que no hay ningún aspecto de mi ocupación o manera de vivir que me exponga a un accidente y que no he ocultado ningún dato en esta solicitud que pudiera servir de base para que se vea agravado el riesgo o que SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, decline mi solicitud.

AUTORIZACION PARA OBTENER Y DAR INFORMACION

Por medio de la presente autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, laboratorios o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que me han atendido en la recuperación de mi salud o pueda tener información o conocimiento sobre mí o de mis dependientes, para que comparta dicha información a SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS o a sus Reaseguradores, en el momento de que la Compañía lo considere necesario para evaluar mi solicitud de Accidentes Personales, o cualquier otro beneficio que se ofrezca bajo el presente programa.

Asimismo, la Compañía puede solicitar que me someta a pruebas de asegurabilidad consideradas necesarias para evaluar mi solicitud de seguro. Tales pruebas incluirán, pero no se limitarán a: Informes y/o exámenes médicos, de laboratorio, rayos x, del virus del VIH, etc. Si se requiere un examen médico de mi persona, solicito ser entrevistado.

Hago constar que las declaraciones y respuestas plasmadas en la presente solicitud fueron hechas personalmente, son correctas, completas y verdaderas. Estoy de acuerdo en que sirvan de base para la emisión del seguro que solicito. Manifiesto haber leído y que se me ha explicado de forma clara y oportuna sobre las características del seguro contratado, de todas las obligaciones y condiciones estipuladas en el contrato de seguro y sus anexos, a los cuales ambas partes nos comprometemos.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante según DUI

Firma y Sello del Contratante