

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

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 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: _____		12.- Profesión: _____	
13.- Ocupación: _____		14.- ISSS: _____	
15.- Correo Electrónico: _____		16.- Zurdo () Diestro ()	

DATOS DEL CONTRATANTE

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

Riesgos Cubiertos

Sumas aseguradas

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

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, 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 medico 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 PROGRESO, 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, clinica, 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 mi 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 Seguro 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 medicos, 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

CONDICIONES GENERALES

PRIMERA -CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.-

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del asegurado a la Compañía o del Contratante, en su caso, que es la base de este contrato, por la presente póliza y por los anexos que formen parte de la misma, si los hubiere. El contrato de seguro se perfecciona con la aceptación por escrito del asegurador, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o a la entrega de la póliza o de un documento equivalente.

SEGUNDA - DOLO O CULPA GRAVE.-

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado, o a la omisión dolosa o culposa de ellas, respecto a hechos importantes para la

Si la inexactitud u omisión de las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Compañía al advertir esta circunstancia, bajo pena que se le considere responsable de dolo.

La Compañía quedará desligada de sus obligaciones si se comprobare que en el accidente hubo dolo o culpa grave del Asegurado.

TERCERA -PRIMA.-

a) Monto y Condiciones. El monto y condiciones de pago de la prima, se establecen en la Carátula de la presente Póliza.

b) Período de Gracia. El Asegurado tendrá un mes de gracia para el pago de la prima contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriese un accidente, la prima vencida se deducirá de los pagos que la Compañía estuviese obligada a efectuar.

c) Rehabilitación y Caducidad. Vencido el mes de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, pero el Asegurado dispondrá de tres meses para rehabilitarlo, pagando las primas vencidas. Al finalizar este último plazo caducará automáticamente el contrato si no fuere rehabilitado.

CUARTA -DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.-

Cuando se designe a varias personas sin indicación de porcentaje, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos, los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto, los hijos adoptivos y los hijos de uno de los cónyuges.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al ASEGURADO, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija porcentaje, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas

Cuando el ASEGURADO no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

QUINTA -CAMBIO DE BENEFICIARIO.-

El ASEGURADO podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la ASEGURADORA, es indispensable que ésta sea debidamente notificada. Cuando la designación sea a título oneroso y la ASEGURADORA conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

La ASEGURADORA queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la SUMA ASEGURADA a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

SEXTA -TERMINACIÓN ANTICIPADA.-

El asegurado podrá dar por terminado este contrato mediante aviso por escrito a la Compañía, indicando la fecha en que la presente Póliza debe cancelarse.

La Compañía al aceptar la cancelación reembolsará al Asegurado el 90% de la prima a prorrata no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza.

SÉPTIMA -PRÓRROGA, MODIFICACIÓN O RESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO.

Las solicitudes de prórroga, modificación o restablecimiento del contrato deberán hacerse por escrito a la Compañía, y se considerarán aceptadas por ésta, al comunicarlo por escrito al Asegurado.

OCTAVA -LUGAR DE PAGO.-

Todo pago que el Asegurado o la Compañía tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la Oficina Principal de la Compañía en la ciudad de San Salvador, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

NOVENA -COMUNICACIONES.-

Toda declaración o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza deberá hacerse por escrito dirigida a la Oficina Principal de la misma. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones a nombre de la Compañía.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado o a sus Beneficiarios, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

DÉCIMA -REPOSICIÓN.-

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Asegurado, siguiéndose los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuera aplicable. Los gastos de reposición de la Póliza serán por cuenta de quien la

DÉCIMA PRIMERA -PRESCRIPCIÓN.

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 dispuesto en el Código de Comercio respecto a la Prescripción.

DÉCIMA SEGUNDA -VIGENCIA DE LA PÓLIZA.-

La vigencia de la presente PÓLIZA es la indicada en la Carátula que forma parte de la presente PÓLIZA.

DÉCIMA TERCERA -PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.-

En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con la Compañía, en el pago de un siniestro el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la Compañía a una audiencia conciliatoria.

El reclamante presentará un escrito acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviará una copia a la Compañía en el término de cinco días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco días hábiles contados a partir del día que la reciba, rinda información detallando cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación.

La Superintendencia citará a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizará dentro de quince días hábiles, a partir de la fecha en que reciba el informe de la Compañía respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se pudiere celebrar se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

En la audiencia se exhortará a las partes a que concilien sus intereses; si esto no fuere posible, la Superintendencia las invitará a que de común acuerdo designen árbitros.

La presentación de la reclamación ante la Superintendencia interrumpirá el término de la prescripción.

DÉCIMA CUARTA -COMPETENCIA.-

En caso de controversia en relación con la presente Póliza, y ya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero, previa certificación de la misma, las partes deberán ocurrir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya Jurisdicción quedan expresamente sometidos.