

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA ASESUISA VIDA S.A., Seguros De Personas

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE/TOMADOR Y MOTIVO DE LA SOLICITUD

Razón Social o Nombre Completo	Póliza N°:	<input type="checkbox"/> Inclusión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Otro:	Solicitud número:
--------------------------------	------------	--	-------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre Completo (Primero Nombres y luego Apellidos):	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> DUI/NIT <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte N° de identificación:	Remuneración mensual \$	Fecha de ingreso
Dirección de Residencia incluyendo Municipio y Departamento	Teléfono Celular	Correo electrónico:

OPCIONAL - OTRO ASEGURADO Sí No

Nombre Completo (Primero Nombres y luego Apellidos):	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> DUI/NIT <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte N° de identificación:	Parentesco	Teléfono Celular

INFORMACIÓN DEL SEGURO – Asegurado Principal

Seguro Opcional: Sí No u otro Asegurado: Sí No

COBERTURA BÁSICA	VALOR ASEGURADO US\$	PRIMA US\$	COBERTURA OPCIONAL	VALOR ASEGURADO US\$	PRIMA US\$
Vida			Vida		
COBERTURAS OPCIONALES			COBERTURAS OPCIONALES		
Invalidez Total y Permanente			Invalidez Total y Permanente		
Muerte Accidental y Desmembramiento			Muerte Accidental y Desmembramiento		
Enfermedades Graves			Enfermedades Graves		
Bono Plus			Bono Plus		
Renta por Hospitalización			Renta por Hospitalización		
Gastos Funerarios			Gastos Funerarios		

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (Para recibir el importe en caso de fallecimiento)

Nombres y apellidos	Parentesco	No. de Identificación	Porcentaje

BENEFICIARIOS: SUMA ASEGURADA OPCIONAL: Sí No OTRO ASEGURADO: Sí No

Nombres y apellidos	Parentesco	No. de Identificación	Porcentaje

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Asegurado Principal		Otro Asegurado	
Peso (en libras):	Estatura (en metros):	Peso (en libras):	Estatura (en metros):

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

1. Tienes o alguien de tu grupo Asegurado, sufre, han sido tratados o están siendo tratados o han tenido o les han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones o padecimientos listados a continuación:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Cáncer o cualquier anomalía sospechosa de cáncer como nódulo, quiste, tumor, masa o lesión			Enfermedades reumáticas como Artritis, Fiebre reumática, Artritis Reumatoidea, Lupus o Esclerodermia		
Ataque al corazón (Infarto de miocardio), Insuficiencia cardíaca, Arritmia, Angina de pecho u otra enfermedad del corazón			Accidente Cerebrovascular, Aneurisma cerebral, Epilepsia, Parálisis, Esclerosis Múltiple, u otro desorden neurológico		
Hipertensión Arterial o Diabetes, también responda afirmativamente si usas o alguien de tu grupo asegurado ha usado medicamentos para controlar la presión arterial o azúcar en la sangre.			Enfermedades de la Sangre como Leucemia, Anemia, Trastornos de coagulación, Trombosis venosa profunda, Embolismo u otros Trastornos de la Sangre o de los Vasos Sanguíneos.		
Colesterol o Triglicéridos altos (Tratados con medicamento)			SIDA o VIH positivo		
Enfermedad de la Glándula Tiroides u otra Enfermedad Endocrina			Trastorno del desarrollo intelectual		
Enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Apnea del Sueño, Bronquitis Crónica, Asma u otra Enfermedad Respiratoria			Depresión, Esquizofrenia, Alzheimer o Trastornos psiquiátricos		
Pancreatitis, Úlcera péptica, Colitis, Hepatitis B o C, Cirrosis u otras Enfermedades del Aparato Digestivo.			Ausencia total o parcial de visión, o audición		
Insuficiencia renal u otras Enfermedades Renales			Pérdida anatómica o funcional		
Enfermedades del sistema reproductivo o enfermedades del tracto urinario.			Consumes drogas estimulantes o has estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción		

2. ¿Tú o alguien de tu grupo Asegurado ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento médico, tiene programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? Sí No

3. ¿Tú o alguien de tu grupo Asegurado ha sido diagnosticado con COVID-19 (Coronavirus) por la cual fue necesario Hospitalización y/o tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)? Sí No

4. En caso de ser mujer, ¿Tú o Alguien de tu grupo Asegurado le han practicado citología?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿El resultado de la última citología presentó alteraciones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿La citología fue practicada hace más de un año?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

En caso de haber contestado positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1 al 4 debes completar la siguiente información.

Marcando al asegurado al que aplica PPAL (Asegurado Principal) OTRO (Otro Asegurado):

Asegurado	Nombre del médico Tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta Año	Fecha última consulta Año
PPAL OTRO				
PPAL OTRO				
PPAL OTRO				
PPAL OTRO				

Observaciones

CLÁUSULAS DE GARANTÍA

El asegurado titular declara que la actividad que ejerce está dentro de los marcos legales; que conoce y acepta las Condiciones Generales de la Póliza, reconoce que de padecer alguna enfermedad o síntomas mencionadas anteriormente y que llegare a afectar cualquiera de las coberturas de la Póliza, al momento de incorporarse al seguro, no tendrá derecho a ningún Beneficio descrito en esta Póliza y autoriza a los médicos, hospitales, clínicas y laboratorios que lo han atendido para que suministren las informaciones que posean de su estado de salud.

En el caso que el asegurado mienta o falsee las declaraciones anteriores, la Aseguradora tendrá acción para dar por finalizado el contrato en el momento que la Aseguradora tenga conocimiento de este hecho, reservándose, además la acción para pedir la rescisión del contrato, y lo demás dispuesto en las leyes que correspondan.

Si alguna de tus respuestas no es verdadera, ASESUISA VIDA S.A., Seguros De Personas, en adelante denominada "La Aseguradora" no pagará ninguna reclamación que tú o tus beneficiarios presenten, en caso de que hayas declarado falsamente, te recomendamos cancelar este contrato y solicites la devolución de primas, ya que no se pagarán las indemnizaciones a ti o a tus beneficiarios.

ACEPTO: NO ACEPTO:

En caso de Siniestro, el pago se hará después de comunicarlo por escrito y presentar a "La Aseguradora" las pruebas fehacientes de acuerdo con los requisitos solicitados por ésta, y de comprobarse que: El padecimiento ocurrió mientras el seguro respectivo se encuentre en vigor.

"La Aseguradora", pagará la indemnización correspondiente siempre que las Declaraciones de la persona a quién se le expide el presente certificado sean correctas. La indemnización será exigible 30 días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

CONFIRMACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA CONFIRMACIÓN DE DATOS

Reconozco y acepto que los datos contenidos y suministrados por mi persona, y que han sido consignados en esta Solicitud de Seguro de Vida Plan Vida Colectivo, es en todas sus partes cierta por haber sido verificados por mi persona, reconociéndola como parte integral que sirvió de base para el perfeccionamiento del contrato de seguro. Aceptando por este medio que dicha información servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición de la póliza, así como los demás requisitos de ley.

DECLARACIONES

A continuación, declaro:

- Conocer las condiciones generales de la póliza.
- Entender las coberturas, riesgos no cubiertos y exclusiones del Seguro de Vida Plan Vida Colectivo.

AUTORIZACIONES

Autorizo de forma expresa y voluntaria a "La Aseguradora", a:

1. Solicitar a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorios o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mí, para que divulgue información a "La Aseguradora", o a sus Reaseguradores, en el momento que la compañía lo considere necesario para mi evaluación para el otorgamiento de seguro de vida colectivo, o cualquier otro beneficio o cobertura que se ofrezca bajo el presente programa. Declaro así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de "La Aseguradora", con fines de suscribir el seguro de vida Plan Vida Colectivo y atender las reclamaciones que de este se deriven.
2. Que la emisión de este certificado contenga la inserción de la firma escaneada o digital del Representante de la Aseguradora y en virtud de ello, autorizo para que la información y emisión de ese certificado con firma escaneada o digital me sea enviada por cualquier medio electrónico, mensaje de texto al celular reportado como de mi uso y propiedad, correo electrónico, así como otros medios. Asimismo, "La Aseguradora", le garantiza al asegurado el cumplimiento de las obligaciones contenido en el certificado, aun cuando sea emitida con firma escaneada o digital, tanto administrativamente como judicialmente, siempre y cuando se encuentre debidamente respaldado en los sistemas de la sociedad y contablemente.
3. "La Aseguradora", con fines estadísticos, comerciales, y financieros, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese y reporte, la información que resulte de todas las operaciones que, directa o indirectamente, se hayan otorgado o se otorguen en el futuro, en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. La información a compartir del asegurado no se refiere a información confidencial
Realizar a mi favor transferencia electrónica en concepto de cualquier tipo de pago relacionado con la aseguradora, aceptando como válida esta forma de pago para dar por finiquitada por mi persona la obligación de la compañía.

4. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.
5. Declaro que las respuestas y datos que anteceden a esta Solicitud y las que aparte pudieran haberse ampliado son verdaderas y exactas, por lo que estoy de acuerdo en que sirvan de base para el contrato de seguro que solicito, siempre que esta solicitud estuviese firmada de acuerdo con las leyes correspondientes, por lo que declaro haber leído completamente las obligaciones y condiciones estipuladas que contendrá el contrato de seguro. Si la falsedad o reticencia de las mismas induce a la Compañía a aceptar los riesgos que de haber sido conocida la veracidad y exactitud de los mismos no hubiere emitido el certificado o hubiere restringido sus responsabilidades, el contrato que se emitiera será nulo, quedando la Compañía libre de toda responsabilidad con respecto a las obligaciones del certificado de la cual esta solicitud hace parte, así como las consecuencias establecidas en las leyes correspondientes.

La falta de veracidad y exactitud en la información consignada en este documento, así como en la solicitud, darán lugar a que “La Aseguradora”, haga uso de la facultad de pedir la nulidad del contrato, exigir judicialmente su terminación, rescindir o resolver, según sea el caso de conformidad al Código de Comercio



Firma del Asegurado

Huella índice derecho

En la ciudad de _____ a los _____, días del mes de _____, del año 20_____.