

## Solicitud de Ingreso Seguro de Vida Colectivo

Fecha de solicitud / día / mes / año /

Póliza No.

Certificado No.

### Datos de la Empresa Contratante

Nombre

Teléfono

Email

### Datos del Asegurado

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Apellido de casada

Fecha de nacimiento

Edad

 Sexo  F  M

Estado civil

Nacionalidad

 CIP No.

 Pasaporte No.

Dirección

Profesión

Teléfono

Celular

Fax

E-mail

Fecha de ingreso a la compañía / día / mes / año

Cargo

Salario

### Beneficiarios Principales del Asegurado

Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje

**Importante:** La Indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentajes.

### Beneficiarios Contingente del Asegurado

Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje

### Instrucciones Especiales del Asegurado para el pago de beneficios:

Que si al momento de mi fallecimiento, alguno de mis beneficiarios principales fuere menor de edad, el pago de mi indemnización deberá entregarse para su administración a: \_\_\_\_\_ cédula \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_

Que si a mi fallecimiento no existieren beneficiarios principales y el o los beneficiarios contingentes fueren menores de edad, la suma asegurada de la póliza que le(s) corresponda sea entregado para su administración a: \_\_\_\_\_ cédula \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_

Si no hubiere ningún beneficiario con vida, a menos que se indique lo contrario, el pago se hará a los herederos legales. El pago correspondiente lo realizará la compañía una vez el (los) beneficiario(s), el (los) heredero(s) legal(es) haga(n) valer su derecho notificando tal situación por escrito en las oficinas de las oficinas de la Compañía, presentando ante ésta, la sentencia en firma del tribunal competente.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES:** Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos y acepto que sirvan de base para la emisión del Seguro que solicito a Vivir Compañía de Seguros, S.A. Autorizo a todo médico u hospital que me haya atendido en recuperación de mi salud para que suministre a Vivir Compañía de Seguros, S.A., los informes que ésta requiera en relación con mi seguro, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros a nombre de mi persona. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como la original.

Firma y sello del contratante

Firma del Asegurado

Nombre y firma del Corredor

Código

### Para uso de la compañía

Observaciones y recargos:

 Evaluación:  Aprobado  Declinado

Fecha: / día / mes / año

Nombre y apellido del funcionario que revisa:

Cargo / Ocupación:

Firma:

/ día / mes / año

## Declaración de Salud del Asegurado

### Datos del solicitante

Estatura:	<input type="checkbox"/> Mts <input type="checkbox"/> Pies	Peso:	<input type="checkbox"/> Kgs <input type="checkbox"/> Lbs	¿Es usted zurdo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha última consulta médica: / día / mes / año
-----------	---	-------	--	------------------	--	---

Motivo	Nombre médico de cabecera
--------	---------------------------

Teléfono	Nombre del consultorio
----------	------------------------

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Ha estado internado en algún hospital o clínica?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Padece de anemia?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Se le han practicado electrocardiogramas?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Tiene algún defecto de la vista?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Ha consultado alguna vez por alguna de estas enfermedades? En caso afirmativo indicar por cual:      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Corazón      <input type="checkbox"/> Hígado</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Riñones      <input type="checkbox"/> Aparato digestivo</p> <p>14. ¿Se le ha hecho alguna prueba para el SIDA?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado _____</p> <p>15. ¿Tiene alguna deformidad, amputación, impedimento físico?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique _____</p> <p>16. ¿Ha perdido o ganado peso en el último año?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto: _____ <input type="checkbox"/> Lbs      <input type="checkbox"/> Kgs</p> <p>17. ¿Consultó usted algún médico para tratamiento médico o quirúrgico, o en busca de recomendación médica por enfermedad o condición que haya sido mencionada en la sección anterior?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>18. Es usted fumador?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo especifique años fumando _____ Cantidad por día _____</p> | <p>2. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Se le ha practicado radiografía de tórax?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Padece de diabetes?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Ha padecido de algún tipo de hemorragia?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Tiene algún defecto auditivo?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>12. ¿Ha sufrido algún tipo de accidente?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>13. Padece o ha padecido de alguna de estas enfermedades? En caso afirmativo indicar cual:      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Mareos      <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza      <input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento      <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios</p> |
|--|--|

Cualquier ampliación sobre las preguntas anteriores, favor anotarlas en el siguiente espacio, contiguo a su correspondiente número o en una hoja aparte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Cuestionario sólo para mujeres

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. ¿Ha tenido enfermedades en mamas, matriz, ovarios?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Está usted embarazada?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Ha tenido algún aborto, parto anormal o cesárea?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Se ha efectuado exámen de Papanicolau?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____</p> <p>6. Fecha de su última menstruación _____</p> <p>7. ¿Son sus menstruaciones regulares y normales?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8. ¿Ha llegado a la menopausia?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | <p>Especifique _____</p> <p>De cuantos meses _____</p> <p>Causa _____</p> <p>Resultado y fecha _____</p> <p>¿Cuántos viven? _____</p> <p>Fecha de su último parto _____</p> |
|---|---|

Cualquier ampliación sobre las preguntas anteriores, favor anotarlas en el siguiente espacio, contiguo a su correspondiente número:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acepto expresamente que las coberturas del seguro que solicito tendrán vigencia a partir de la aceptación por escrito de Vivir Compañía de Seguros, S.A. y certifico que las respuestas o declaraciones manifestadas en este formulario son verídicas y están completas. Reconozco y acepto que la información suministrada servirá de base para la aprobación del seguro solicitado y que la inexacta o falsa declaración de los hechos que expresamente se preguntan en el cuestionario podrán originar la pérdida de mis derechos como asegurado.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la solicitud