



SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ASESUISA VIDA, S.A.
SEGURO DE PERSONAS

Espacio reservado para la Compañía
Solicitud No.
Recibida el
F.

I. De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. VC-9. de SEGURO COLECTIVO DE VIDA. emitida a nombre de:
se ruega inscribir como asegurado a
quién ingresó el de de con el cargo de
La remuneración mensual es de \$
La Suma Asegurada correspondiente es de \$
de de
FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

II. En relación con la presente Solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado para este fin proporciono los siguiente datos:
1) NOMBRE COMPLETO:
2) LUGAR DE NACIMIENTO: (Según Partida de Nacimiento) Departamento
3) FECHA DE NACIMIENTO: de de 19 EDAD: años.
4) RESIDENCIA: Departamento
5) OCUPACION:
6) ESTADO CIVIL: ESTATURA: metros. PESO: libras
7) DESIGNO COMO MIS BENEFICIARIOS A:
NOMBRE COMPLETO PARENTESCO DISTRIBUCION %

III. Antecedentes de Salud

1) ¿ Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o síntomas? (Favor contestar con SI o NO)
Enfermedades del corazón..... SI o NO
Presión arterial alta SI o NO
Presión arterial baja..... SI o NO
Mareos, palpitaciones o dificultades en la respiración..... SI o NO
Enfermedades del aparato respiratorio..... SI o NO
Tuberculosis..... SI o NO
Tos Crónica o asma..... SI o NO
Enfermedades del riñón..... SI o NO
Diabetes..... SI o NO
Enfermedades de la vejiga y órganos genitales..... SI o NO
Sífilis SI o NO
Epilepsia..... SI o NO
Enfermedades del hígado o la vesícula biliar..... SI o NO
Cáncer..... SI o NO
Tumores..... SI o NO
Ulceras..... SI o NO
Otras enfermedades (detallar)..... SI o NO
2) ¿ Ha estado en tratamiento con algún Médico, Hospital o Clínica?
3) Si la respuesta para alguna de las dos preguntas que anteceden es afirmativa, indíquese:
a) Fecha de padecimiento b) Detalles del padecimiento y tratamiento
c) Nombre del Médico, hospital o clínica y la dirección:
4) ¿ Ha solicitado algún Seguro sobre su vida o rehabilitación que haya sido negado por alguna Compañía? (dar detalles en su caso)

IV. Autorizaciones y Aceptaciones.

1) Convengo 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 (con excepción de la declaración de edad, que siempre quedará sujeta a comprobación en los términos establecidos en la Póliza).
2) Además, convengo en que la Compañía tenga el derecho de: rebajar el importe del Seguro que he solicitado, someterme a examen médico, examen de laboratorio, rayos X, electrocardiograma o cualquier otro examen médico que dicha Compañía me indique: o bien, rechazar mi solicitud, no teniendo la Compañía obligación alguna de dar explicaciones en caso de que ejerza cualquiera de estos derechos.
3) En caso de que el Seguro bajo esta Póliza exija contribuciones de parte de los asegurados, autorizo a mi patrono para hacer las deducciones de mi sueldo para cubrir el importe de la prima de este Seguro en la forma estipulada, reservándome el derecho de revocar esta autorización mediante aviso escrito.
4) Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución o persona que me haya asistido o reconocido, o que pudiera asistirme o reconocirme en el futuro, para revelar a ASESUISA VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS., a su solicitud, cualquier dato o información que hubiere obtenido por ese medio.
En testimonio de lo cual, firmo esta Solicitud en la ciudad de el día de de

FIRMA DEL ASEGURADO