Solicitud de Seguro de Vida - Plan Vida Personal

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas

Asesuisa

MOTIVO DE LA SOLICITUD	Póliza No.:	Solicitud / Cotización número:
☐ Nueva ☐ Modificación ☐ Rehabilitación ☐ Conversión ☐ Otro		

INFORMACIÓN DEL TOMADOR: (Completar solo si es diferente al asegurado)

Razón social y/o Nombres y Apellidos completos (primero nombres y luego apellidos)

Dirección actual:	Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO:

Nombres y Apellidos (primero nombres y luego apellidos)

Tipo de identificación:	N° de identificación:
☐ DUI / NIT ☐ Carné de residencia ☐ Pasaporte	

Fecha de nacimiento:	Estado civil:	Sexo:
_ _ / _ _ / _ _ _ _ (Día Mes Año)	☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo	☐ Femenino ☐ Masculino

Dirección de Correspondencia:

Municipio:	Departamento:	Tipo de dirección: ☐ Residencia ☐ Trabajo/Oficina principal ☐ Otro
Teléfono residencial:	Celular:	Correo electrónico:
Ocupación (en caso de ser comerciante detalle el tipo de negocio):	Actividad a la que se dedica:	Teléfono de oficina:

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Porcentaje de incremento anual de la prima de vida:

☐ 0% ☐ 3% ☐ 6% ☐ 9% ☐ 12%

Años de vigencia del seguro:

Devolución de primas de la Cobertura Básica al final del período contratado

☐ 0% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Años de pago del seguro:

Devolución de primas de la Cobertura Básica en caso de fallecimiento

☐ 0% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

COBERTURA BÁSICA	VALOR ASEGURADO US$	VALOR DE LA PRIMA US$
Vida		

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS:	VALOR ASEGURADO US$	COBERTURAS COMPLEMENTARIAS:	VALOR DE LA PRIMA US$
Muerte Accidental		Renta Diaria por Accidente y Hospitalización	
Invalidez, Desmembración o Inutilización por Accidente		Cáncer	
Invalidez, Desmembración o Inutilización por Enfermedad		Enfermedades Graves	
Gastos de Curación por Accidente		Gastos funerarios	

BENEFICIARIOS:(Para recibir el importe en caso de fallecimiento)

Nombres y Apellidos:	Parentesco:	N° de identificación:	Porcentaje:

Asesuisa

PAGO DE PRIMAS

Conversión en caso de no pago de primas	Forma de pago:	Medio de pago:
☐ Prorrogado ☐ Saldado	☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual	☐ Efectivo ☐ Cargo automático ☐ Otro

Si seleccionaste el medio de pago cargo automático, deberás complementar los datos del tarjetahabiente.

PARA PAGOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO:

Nombres del titular (como aparece en la tarjeta):

Tipo de tarjeta:	Marca de tarjeta de crédito o débito:	N° de tarjeta de crédito o débito:	Fecha de vencimiento:
☐ Crédito ☐ Débito	☐ VISA ☐ Mastercard ☐ Otros		__ __ / __ __ __ __ Mes Año

Banco emisor:	Tipo de Identificación:	Número:

CESIÓN DE BENEFICIOS:

Solicita cesión de beneficios: ☐ Sí ☐ No	Cesionario:	Monto a ceder:

INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO: (cuando aplique)

Intermediarios que participan en el seguro, indiquen razón social o nombres y apellidos	Código	Participación

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:

Peso (en libras):	Estatura (en metros):	¿Eres fumador?	Ingresos mensuales por trabajo US$
		☐ Sí ☐ No	

PREGUNTAS DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

1. Tienes, has tenido o te han diagnosticado:

	SI	NO		SI	NO
Cáncer o cualquier anormalidad 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 has usado medicamentos para controlar tu 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.			Retardo mental, Síndrome de Down.		
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.			Parálisis, Deformidades corporales, Ceguera, Sordera total o parcial.		
Insuficiencia renal.			Pérdida anatómica o funcional.		
Enfermedades del sistema reproductivo (Ovarios, Trompas de Falopio, Útero, Cuello uterino) o enfermedades del tracto urinario.			Consumes drogas estimulantes o has estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción.		

2. ¿Has 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. ¿Has 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 el último mes has tenido signos o síntomas como: secreciones dolor de garganta, tos, fiebre o dificultad para respirar o existe sospecha de contagio o tiene prueba positiva de COVID-19 (Coronavirus)? (En caso afirmativo ampliar en cuadro anexo) ☐ Sí ☐ No

5.En caso de ser mujer, ¿te han practicado citología? ☐ Sí ☐ No

¿La citología fue practicada hace más de un año? ☐ Sí ☐ No

¿El resultado de la última citología presento alteraciones? ☐ Sí ☐ No

En caso de haber contestado positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1 al 5 debes completar la siguiente información

Nombre del médico	Descripción respuesta positiva	Fecha primera consulta / año	Fecha última consulta / año

6. Conduces moto, eres piloto de aeronaves y/o practicas como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como: ☐ Toreo ☐ Automovilismo ☐ Motociclismo ☐ Vuelo en cometa ☐ Paracaidismo ☐ Boxeo ☐ Montañismo ☐ Vuelo en ultralivianos ☐ Puenting ☐ Planeadores ☐ Cometas y/o similares ☐ Bungee Jumping ☐ Rafting ☐ Downhill ☐ Buceo Surfing y otros deportesv denominados de alto riesgo o extremo ☐ Sí ☐ No

7. ¿Alguno de tus hermanos (as), padre o madre le han diagnosticado alguno de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades cardiovasculares (Hipertensión, infarto, enfermedad coronaria), Diabetes, Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste positivamente la pregunta 7 debes completar la siguiente información:

Parentesco:	Diagnóstico y descripción del padecimiento	Causa de la muerte (si aplica)	Edad al diagnóstico de la enfermedad y edad al morir (si aplica)

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 contratar el seguro, no tendrá derecho a ningún Beneficio descrito en esta Póliza y autoriza a los médicos, hospitales, clínicas y laboratorios que me han atendido para que suministren las informaciones que posean de mi 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, el seguro será nulo y por lo tanto ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, 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 ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, las pruebas fehacientes de acuerdo a los requisitos solicitados por ésta, y de comprobarse que: El padecimiento ocurrió mientras el seguro respectivo se encuentre en vigor. Asimismo declaro bajo juramento, que los fondos o valores que entrego para el pago de la prima de ninguna manera están relacionados con delitos generadores del Lavado de Dinero y Activos descritos en el Artículo 6 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y Activos, en fin ningún tipo de actividad ilícita, además, que en cumplimiento al Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos en las Instituciones de Intermediación Financiera detallo la información antes mencionada.

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, pagará la indemnización correspondiente siempre que las Declaraciones de la persona a quién se le expide la presente Póliza 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.

DERECHO DE RETRACTO Y DESTINAMIENTO

Como asegurado estas facultado para dejar sin efecto el contrato unilateralmente, sin necesidad de justificar tu decisión y sin penalización alguna, siempre y cuando no se hubiere perfeccionado por no haber transcurrido el plazo de ocho (8) días, o no se hubiera empezado a hacer uso del bien, o el servicio no se hubiese empezado a prestar, según lo establecido en el artículo 13-A de la Ley de Protección al Consumidor. En tal caso cualquier prima facturada te será devuelta y el seguro se considerará cancelado. También tendrás el derecho a desistir del contrato en el plazo de los 15 días siguientes al recibir tu póliza de seguro, si la misma no cuenta con los términos convenidos de acuerdo con lo establecido en el artículo 977 del Código de Comercio.

CONCILIACIÓN

En caso de discrepancia en el pago de un siniestro, podrás solicitar a la Superintendencia del Sistema Financiero que cite a la Aseguradora a conciliación de conformidad al artículo 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros.
Previamente podrás acudir al área de Aliado al Cliente para revisar tu caso y buscar una solución de mutuo acuerdo, esta área se encuentra en las oficinas principales de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, cuya dirección la puedes encontrar en la carátula de ésta póliza.

DE LOS SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

El CLIENTE acepta hacer uso de los servicios que ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas ponga a disposición a través de sus canales electrónicos, entiéndase a través de los medios telefónicos, electrónicos, red de Internet o teleinformáticas alámbricos o inalámbricas, fijas o móviles, conforme a los términos y condiciones contenidos en este documento, tanto para solicitar los servicios, así como para formalizar los mismos. El CLIENTE accederá mediante la digitación o introducción de su firma electrónica sea ésta simple o certificada, como ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas lo requiera en base a los requerimientos de cada producto, y que podrán estar representados por diferentes tecnologías aceptables tales como contraseñas, PIN (número de identificación personal por su siglas en inglés), lectores de huella dactilar, o los autenticadores RSA Escurrid (también llamados tokens) con la que a partir de la confirmación del ingreso e identificación del CLIENTE o usuario autorizado, podrá convenir, solicitar, autorizar, acordar o celebrar aquellas, gestiones, declaraciones y contratos que los menús de diálogo le permitan, siguiendo las indicaciones que el propio sistema le señale, en el entendido que la identificación de la persona y el acuerdo de voluntades se tendrá por perfeccionado para todos los efectos legales a que haya lugar, cuando el propio sistema electrónico le proporcione una solicitud de confirmación del CLIENTE y se emita el documento electrónico del comprobante de autorización. El CLIENTE otorga su consentimiento en que, para el caso específico del operador telefónico u otro medio de transmisión de voz que permita el curse del tráfico de telecomunicaciones, ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas grabe los diálogos realizados para cada servicio o consentimiento en particular, con la finalidad de garantizar un buen servicio, por razones de seguridad, información que será clasificada como confidencial.

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, autoriza al CLIENTE para que a través de la red de Internet se pueda conectar al servicio, y de esta manera pueda tener acceso a los equipos y sistemas de cómputo electrónico (en adelante el computador central) que ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, tiene en funcionamiento para tal efecto.

El CLIENTE y ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas podrán interactuar por medio de comunicaciones electrónicas o mensajes de datos, tanto para la administración del servicio, como para otorgar los respectivos consentimientos que los sistemas de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, le requieran, en todos los casos el usuario deberá ingresar su firma electrónica en cualquiera de las diferentes opciones que anteriormente se mencionan a través de los mecanismos que determine ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, o incluso podrá contratar con otros medios a saber pero sin limitarse a correo electrónico, mensajes SMS, u otro código de confirmación que permitirá en el sistema a la administración del servicio, entendiendo que tal procedimiento representará y se entenderá como identificación y autentificación de la persona que realiza el proceso entendiendo ser éste el CLIENTE, liberando a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas de responsabilidad en caso que el CLIENTE incumpla la obligación de no divulgación de sus claves de identificación o firma electrónica.

FRAUDE EN EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Garantizo que la información y la identificación suministrada por mí y consignada en esta solicitud, a través de sus canales electrónicos, entiéndase a través de los medios telefónicos, electrónicos, red de Internet o teleinformáticas alámbricos o inalámbricas, fijas o móviles, que ponga a disposición ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, conforme a los términos y condiciones contenidos en este documento tanto para solicitar los servicios así como para formalizar los mismos, es en todas sus partes ciertas por haber sido verificados por mi persona, reconociéndola como parte integral que sirvió de base para el perfeccionamiento del contrato de seguro.
La falta de veracidad y exactitud en la información y la identificación consignada en este documento, darán lugar a que ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas haga uso de la facultad para pedir la nulidad del contrato, exigir judicialmente su terminación, rescindir o resolver, según sea el caso de conformidad al Código de Comercio.

COMERCIALIZACIÓN POR ACCESO DIGITAL

Por medio de la presente autorizo de forma expresa y voluntaria para que la emisión de esta póliza se realice por canales electrónicos y en virtud de ello, autorizo para que la información y emisión de esta póliza 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. Así mismo, ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, me garantiza como asegurado la emisión de la póliza en forma impresa, cuando así sea requerido expresamente por mi persona para efectos de ser presentada en diligencias legales en contra de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas por falta de pago en siniestros, siempre y cuando se encuentre debidamente respaldado en los sistemas de las sociedades y contablemente.

Asesuisa

DECLARACIÓN JURADA

Las respuestas y datos que deben consignarse en este documento han de ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud considerándose siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o persona a ser asegurada; antes de firmar asegúrate de leer toda la solicitud, pues ésta forma parte de tu expediente. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

Yo _en mi calidad de _ (representante legal, apoderado) de _ (nombre de la entidad), declaro bajo juramento, por derecho propio, que someto todos los actos que realice a través de cualquier operación que implique entrega o transferencia de fondos de cualquier tipo, en concepto de pago de primas, pago de préstamos o adquisición de bienes (salvamentos, recuperaciones o activos extraordinarios) bajo cualquier modalidad con ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S. A. Y FILIAL, de ninguna manera están relacionados con los delitos generadores de Lavado de Dinero y Activos descritos en el artículo 6 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y Activos.

En cumplimiento al Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos en las Instituciones de Intermediación Financiera, detallo la información siguiente:

ORIGEN O PROCEDENCIA DE LOS FONDOS

☐ Empleado ☐ Comerciante ☐ Trabajador independiente

Actividad económica:

Forma de pago de la prima:

¿Proyecta realizar pagos adicionales?

☐ Sí ☐ No | Si su respuesta es Sí, explique el motivo:

ESTIMACIÓN DE INGRESOS PROYECTADOS MENSUALMENTE (Rangos, marcar con una X)

☐ 1. De $1.00 a $800.00	☐ 2. De $801.00 a $2,000.00	☐ 3. De $2,001.00 a $4,500.00
☐ 4. De $4,501.00 a $6,500.00	☐ 5. De $6,501.00 a $10,000.00	☐ 6. De $10,000.01 a $25,000.00
☐ 7. De $25,000.01 a $50,000.00	☐ 8. De $50,500.01 a $100,000.00	☐ 9. De $100,000.01 a $500,000.00
☐ 10. De $500,000.01 a más		

ESTIMACIÓN DE EGRESOS PROYECTADOS MENSUALMENTE (Rangos, marcar con una X)

☐ 1. De $1.00 a $800.00	☐ 2. De $801.00 a $2,000.00	☐ 3. De $2,001.00 a $4,500.00
☐ 4. De $4,501.00 a $6,500.00	☐ 5. De $6,501.00 a $10,000.00	☐ 6. De $10,000.01 a $25,000.00
☐ 7. De $25,000.01 a $50,000.00	☐ 8. De $50,500.01 a $100,000.00	☐ 9. De $100,000.01 a $500,000.00
☐ 10. De $500,000.01 a más		

La información proporcionada en esta declaración a ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S. A. Y FILIAL, es verídica y autorizo para que pueda ser comprobada en cualquier momento.

Eximo a ASEGURADORA SUIZA SALVADOREÑA, S. A Y FILIAL, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

Asesuisa

FICHA INTEGRAL "CONOCE A TU CLIENTE"

Las respuestas y datos que deben consignarse en este documento han de ser claros, precisos y de la más rigurosa exactitud considerándose siempre bajo la exclusiva responsabilidad del solicitante y/o persona a ser asegurada; antes de firmar asegúrate de leer toda la solicitud, pues ésta forma parte de tu expediente. Completa el formulario con letra legible y en todos los campos requeridos.

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de persona: ☐ Natural ☐ Jurídica	Canal de vinculación: ☐ Intermediario ☐ Proveedores ☐ Masivo ☐ Directo ☐ Otros

A. INFORMACIÓN DE PERSONA JURÍDICA

Denominación / Razón Social:

Nombre comercial:	Nacionalidad:

¿Está inscrito como contribuyente de IVA? ☐ Sí ☐ No	NIT:	Registro Fiscal N°:
	Municipio:	Departamento:
	Dirección:	

Actividad económica principal:	Tipo de contribuyente: ☐ Pequeño ☐ Mediano ☐ Grande
Actividad económica secundaria:	

¿Las actividades económicas que realiza han sido catalogadas como una APNFD (Actividades y Profesiones No Financieras Designadas)? (Casinos, casas de juego, comercializadoras de metales y piedras semipreciosas, empresas e intermediarios de bienes y raíces, proveedores de servicios societarios y fideicomisos). ☐ Sí ☐ No

Nombre del contacto principal:	Cargo:
Correo electrónico:	Teléfono:

B. INFORMACIÓN DE PERSONA NATURAL, REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O CONTRATANTE

Nombre según DUI:

Estado civil:	Profesión:

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ (Día Mes Año)	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:

DUI:	NIT:	Pasaporte N°:	Otro:

Lugar de expedición y fecha de vencimiento del documento de identificación:

Actividad económica, si no es empleado (a):

Contribuyente IVA: ☐ Sí ☐ No	N° de registro (NCR):	Correo electrónico:	Celular:

Dirección:

Municipio:	Departamento:	Teléfono:

Lugar de trabajo:

C. PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP´S)

¿Ha desempeñado algún cargo como Persona Expuesta Políticamente?	☐ Sí ☐ No
¿Tiene algún familiar en primer o segundo grado de consanguinidad/afinidad que desempeña o ha desempeñado un cargo como PEP´S?	☐ Sí ☐ No

En caso de que la respuesta sea positiva en cualquiera de las preguntas, completar "Formulario PEP´S".

Por Persona Expuesta Políticamente habrá de entenderse todo aquel sujeto que esté comprendido en los artículos 236 y 239 de la Constitución de la República. Y el artículo 2 de la Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción.

Asesuisa

D. INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS CON MÁS DEL 10% DE PARTICIPACIÓN (uso exclusivo para personas jurídicas)

Nombre:	Porcentaje:
Nombre:	Porcentaje:
Nombre:	Porcentaje:

E. USO EXCLUSIVO PARA EJECUTIVOS INTERMEDIARIOS

¿Se realizó visita al cliente o tercero? ☐ Sí ☐ No	¿En qué lugar se realizó la visita?
Información confidencial del Asesor (Información para ser respondida ampliamente por el asesor, ejecutivo y/o gerente)	
¿Conoce personalmente al solicitante? ☐ Sí ☐ No	¿Hace cuánto tiempo lo conoce?

F. DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE

PERSONA JURÍDICA	PERSONA NATURAL
1. Copia de escritura de constitución vigente (para sociedades) 2. Acuerdo ejecutivo, decreto o acta de constitución (para asociaciones, cooperativas, ONG's u otros) 3. Fotocopia de NIT y número de Registro Fiscal 4. Copia de comprobante de domicilio de la empresa (puede ser recibo de agua, luz o teléfono) 5. Credencial de elección del representante legal 6. Copia de DUI y NIT del representante legal 7. Copia de pasaporte y carné de residencia si es extranjero 8. Copia de matrícula de comercio vigente	1. Copia de DUI y NIT 2. Copia de licencia de conducir (únicamente para seguros de automotores) 3. Copia de pasaporte y/o carné de residencia, si es extranjero 4. Copia de tarjeta de Registro Fiscal (si aplica) 5. Copia de comprobante de domicilio del asegurado (puede ser recibo de agua, luz o teléfono)

Asesuisa

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 Personal, Formulario de Declaración Jurada, Ficha Integral y Registro Especial de Cliente, 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 Personal.

AUTORIZACIONES

Autorizo de forma expresa y voluntaria a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, 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 ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, o a sus Reaseguradores, en el momento que la compañía lo considere necesario para mi evaluación para el otorgamiento de seguro de vida, 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 ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, con fines de suscribir el Seguro de Vida Plan Vida Personal y atender las reclamaciones que de este se deriven.
2. Que la emisión de esta póliza 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 esta póliza 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, ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, le garantiza al asegurado el cumplimiento de las obligaciones contenido en la póliza, 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. ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, 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.
4. Que cargue automáticamente a mi tarjeta de crédito o débito el valor de las primas del seguro detallado, según el plan de pago que se hubiere convenido en la contratación.
5. 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.
6. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.
7. 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 la Póliza o hubiere restringido sus responsabilidades, el contrato que se emitiere será nulo, quedando la Compañía libre de toda responsabilidad con respecto a las obligaciones de la Póliza, así como las consecuencias establecidas en las leyes correspondientes.

Asesuisa

A. DATOS PARA REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

Banco:

☐ Banco Agrícola ☐ Promérica ☐ Banco Cuscatlán ☐ Banco de América Central ☐ Davivienda

Número de cuenta:	Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO CON ABONO A CUENTA

1. La cuenta bancaria que he autorizado para la consignación fue de mi libre elección, y en ella tengo la calidad de titular.
2. Si las compañías encuentran la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando al efecto un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de ambas compañías.
3. Exonero a las compañías, de toda responsabilidad por descuentos que puedan ser deducidos del reembolso pagado, derivado de saldos pendientes, servicios, comisiones, entre otros; vinculados con la cuenta antes señalada y que sean independientes de la relación contractual que vincula a la compañía.

La falta de veracidad y exactitud en la información consignada en este documento, así como en la solicitud y en el formulario de Declaración Jurada, Ficha Integral y Registro Especial de Cliente, darán lugar a que ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, 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	Firma del tomador

Código asesor	Nombre del asesor	Firma asesor

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