



**SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL DECRECIENTE**

De acuerdo con las Condiciones de la Póliza No. CD-00095 de Seguro COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL DECRECIENTE emitida a nombre de SOCECONDIR DE R.L. DE C.V., se solicita inscribir como asegurado a

Montos asegurados anteriores:\$ \_\_\_\_\_  
Nuevo monto a asegurar: \$ \_\_\_\_\_  
Monto total asegurado: \$ \_\_\_\_\_

Plazo \_\_\_\_\_ años Garantía: \_\_\_\_\_  
San Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por el Contratante**

En relación con la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como asegurado y para ese fin proporciono los siguientes datos:

- 1. Nombre completo \_\_\_\_\_
- 2. Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años 3. Estado civil: \_\_\_\_\_
- 4. Sexo: M  F  5. Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ libras
- 6. Ocupación actual \_\_\_\_\_ 7. No. DUI \_\_\_\_\_
- 8. Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- 9. Dirección del lugar de trabajo \_\_\_\_\_
- 10. Dirección Residencia: \_\_\_\_\_
- 11. Designo como beneficiario irrevocable a SOCECONDIR de R.L. de C.V. hasta por el importe de la deuda contraída con dicha institución y el remanente, si lo hubiere, se pagará a estos beneficiarios:

| NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | % |
|-----------------|------------|---|
|                 |            |   |
|                 |            |   |

**DECLARACION DE SALUD:**

**Declaro que los datos proporcionados a continuación son verdaderos y completos**

PADECE O HA PADECIDO DE:

|   | SI | NO |   | SI | NO |
|---|----|----|---|----|----|
| Enfermedades del corazón o de la presión arterial |    |    | Enfermedades de la vejiga u órganos genitales |    |    |
| Enfermedades del aparato respiratorio             |    |    | Epilepsia                                     |    |    |
| Diabetes  |    |    | Enfermedades del hígado                       |    |    |
| SIDA o infección VIH                              |    |    | Cáncer o tumores                              |    |    |
| Enfermedades de los riñones                       |    |    |   |    |    |

**Declaro que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad que he marcado como NO y acepto que de padecer de alguna de estas enfermedades previo a la fecha de esta declaración, no tendré derecho a ninguno de los beneficios o coberturas descritas en la póliza de seguro, de la cual forma parte esta solicitud. Si marqué SI en alguno de los padecimientos nombrados, a continuación proporciono los detalles (fecha, padecimiento, tratamiento recibido, situación actual):**

\_\_\_\_\_

F. \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

- 12. Tiene alguna deformidad, amputación o defecto físico, defecto de la vista o del oído? \_\_\_\_\_ (Caso afirmativo dar detalles) \_\_\_\_\_
- 13. Fuma cigarrillos o pipa? SI  NO  Cuántos al día? \_\_\_\_\_
- 14. Ingiere bebidas alcohólicas? SI  NO  Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- 15. ¿Ha estado en tratamiento con algún médico, hospital o clínica? \_\_\_\_\_ (Caso afirmativo dar detalles): \_\_\_\_\_
- 16. Viaja en aeronaves de uso privado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuántas horas en el año: \_\_\_\_\_
- 17. Es su ocupación piloto aviador? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ En caso afirmativo favor completar cuestionario de aviación.
- 18. Practica alguna actividad o deporte peligroso o extremo? SI  NO  En caso afirmativo favor indicar qué clase y la frecuencia: \_\_\_\_\_

## INFORMACION IMPORTANTE SOBRE EL SEGURO

### RIESGOS CUBIERTOS

- Muerte por cualquier causa
- Anticipo del seguro por invalidez total y permanente

### CONDICIONES ESPECIALES

- a. Edad máxima para inscripción es 65 años. Una vez inscrito un asegurado, no hay límite de edad para permanecer dentro de la póliza. La cobertura de invalidez, si está incluida en la póliza, termina al cumplir el asegurado 65 años de edad.
- b. La Declaración de Salud debe ser completada por cada uno de los deudores.
- c. Los asegurados por esta póliza no podrán ceder a terceras personas los derechos del seguro, pues estos corresponden al Contratante, en su calidad de cesionario irrevocable.

### EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE PAGO ANTICIPADO DEL MONTO DEL SEGURO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si la invalidez resulta directa o indirectamente de:

1. Circunstancias de guerra, revolución, motín o riña
2. La utilización por el Asegurado de medios de transporte aéreo, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas comerciales debidamente autorizadas para el transporte público de pasajeros con itinerario regular.
3. Participación del Asegurado en carreras de velocidad o resistencia, concursos, desafíos o todo acto notoriamente peligroso.
4. Heridas o lesiones corporales inferidas al Asegurado por sí mismo o por el o los Beneficiarios de la póliza, o por terceras personas.
5. Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer..

### CONDICIONES GENERALES

#### EXENCION DE RESTRICCIONES

La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Deudores.

#### INFORMES

El contratante deberá suministrar a la Compañía todos los informes que ésta le solicite en relación con la presente Póliza, y en su caso, permitir el examen de los registros y documentos probatorios.

#### COMUNICACIONES

Toda solicitud o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma. Los Intermediarios de Seguros no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía. Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella, quedando entendido que las correspondientes a los Asegurados se dirigirán por intermedio del Contratante.

#### PRESCRIPCION

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 que dispone el Código de Comercio.

**DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA RECLAMO DE INDEMNIZACIONES.** Los documentos los presentan los beneficiarios en las oficinas del Contratante, para que éste gestione los pagos con la Aseguradora:

1. En caso de fallecimiento
  - a. Certificación original de partida de defunción del asegurado
  - b. Certificación original de partida de nacimiento del asegurado
  - c. Original y Fotocopia DUI del asegurado
  - d. Fotocopia de NIT, Tarjeta de de Afiliación del ISSS y Número Unico Previsional (NUP)
  - e. Formulario de declaración 1, completado por el beneficiario
  - f. Formulario de declaración 2, completado por el médico que asistió al fallecido, o certificación extendida por el hospital donde el asegurado falleció.
  - g. Formulario de declaración 3, completado por un testigo, más copia de DUI.
  - h. Estado de cuenta emitido por el Contratante, indicando fecha de último pago realizado por el deudor fallecido, tasa de interés y saldo adeudado por el asegurado a la fecha del siniestro
2. En caso de invalidez:
  - a. Dictamen de la invalidez total y permanente
  - b. Formulario de declaración 4, completado por el asegurado y el médico tratante.
  - c. Original y fotocopia DUI del asegurado.
  - d. Certificación original de partida de nacimiento del asegurado.

Convengo en 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. Acepto que cualquier diferencia encontrada en la información proporcionada en esta Solicitud, que he firmado para el otorgamiento del crédito, y mi estado de salud actual, ocasionará que el presente seguro quede sin efecto así como los beneficios contratados; por tanto, la obligación adquirida con el contratante de esta póliza queda en manos de los beneficiarios nombrados aquí. Autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que me haya atendido para que revele a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A. cualquier dato o información que ésta requiera.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Solicitante)

# AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR HISTORIAL CREDITICIO

Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Apellido: \_\_\_\_\_  
Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
Apellido de Casada: \_\_\_\_\_

NIT:

DUI:

Fecha de Nacimiento:

El abajo firmante AUTORIZO a SOCECONDIR, DE R.L. DE C.V. en adelante "Empresa" para que **consulte, investigue y verifique** mi comportamiento y registro crediticio, con las Personas Naturales y Jurídicas que estime conveniente, incluyendo aquellas que supervisan las instituciones financieras y a las que recolectan, registran y distribuyen datos referentes al comportamiento crediticio, sin que esto represente un compromiso para la aprobación de mi crédito; asimismo autorizo para que se realice lo anterior con mis datos personales, accediendo de manera manual o automatizada, así como a compartir información personal con las entidades dedicadas al comportamiento de mis datos crediticios, proveedores de servicios de mensajería, contacto y envío de publicidad, cuando los mismos presten este servicio a SOCECONDIR, DE R.L. DE C.V.

Declaro que SOCECONDIR, DE R.L. DE C.V. me ha puesto a disposición los formularios y/o textos de los contratos de adhesión que se utilizarán para la operación, relación comercial o contractual con SOCECONDIR, DE R.L. DE C.V. así como toda la documentación anexa, habiéndome explicado el alcance de los mismos, los cuales he entendido. -

Doy mi consentimiento para que la Empresa pueda **adicionar, modificar y/o actualizar**, cualquier información personal y crediticia proporcionado por mi persona o no, incluyendo los de esta solicitud y cualquier otra información que la Empresa requiera en un futuro respecto a mi historial crediticio y mi persona, para los usos que este estime conveniente, siempre de conformidad a la ley pertinente en la materia.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

San Salvador \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.