

Solicitado para: Ampliación de coberturas
 Opción de continuidad (antes Rehabilitación)

Póliza N°: _____
 Asesor: _____
 Agencia: _____

Preguntas para ser contestadas por el asegurado

Nota: De ser el caso, incluya el detalle en el espacio en blanco.

1. a) Nombre completo: _____
 b) Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

2. a) ¿Cuál es su ocupación actual? _____
 b) ¿Cuáles son sus actividades diarias? _____
 c) Nombre de su empleador actual _____

3. ¿Tiene usted o piensa tener conexión alguna con:

a) El servicio militar o naval **Sí** **No** b) La navegación aérea como piloto o de otra forma **Sí** **No**

4. a) ¿Está usted contemplando negociar o está negociando otro seguro de vida? **Sí** **No**

b) Desde la fecha de su solicitud para la póliza arriba mencionada, ¿ha solicitado usted, ya sea formal o informalmente, un nuevo seguro, cambio de plan o solicitud de opción de continuidad convencional que haya sido rechazada, postergada o modificada en la clase de riesgo, prima, cantidad o tipo de plan? (En caso afirmativo, indique en qué compañías fecha y causa). **Sí** **No**

5. a) Desde la fecha de la solicitud de la póliza arriba mencionada, ¿se han producido fallecimientos en su familia (padres, hermanos, hermanas, esposo o esposa)? Si es así, indique relación, edad y causa de muerte. **Sí** **No**

6. Asma, efisema u otra enfermedad respiratoria.

a) ¿Le han diagnosticado COVID-19? ¿Cuándo? ¿Tiene alguno de los síntomas propios de ese padecimiento, como tos seca, dolor de garganta, alta temperatura, fiebre, fatiga o dolor corporal? **Sí** **No**

b) ¿Ha tenido contacto con alguna persona que haya padecido de COVID-19? **Sí** **No**

7. Desde la fecha de la solicitud de la póliza arriba mencionada:

a) ¿Ha estado enfermo o ha sufrido lesiones? Si es así, indique todas las fechas y detalles. **Sí** **No**

b) ¿Ha consultado o ha sido tratado debido a su salud o a su condición física o mental? De ser así, brindar los datos y detalles. **Sí** **No**

8. ¿Fuma usted actualmente o ha fumado en los últimos 12 meses cigarrillos, puros, pipas o ha usado algún otro producto relacionado con el tabaco? Si su respuesta es "Sí", indique tipo y cantidad diario. **Sí** **No**

9. Desde la fecha de solicitud para la póliza arriba mencionada, ¿ha consumido alguna vez drogas que causen adicción, excepto por el consejo de un médico? Sí No

10. ¿Tiene intención de solicitar consejo médico, tratamiento o hacerse algún examen médico? Sí No

11. Estatura _____ m / Peso _____ kg

12. Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) Describa en detalle cualquier respuesta afirmativa.

Desde la fecha de solicitud para la póliza arriba mencionada:

a) ¿Ha recibido consejo médico o tratamiento en relación con el sida o una condición relacionada con el sida o una enfermedad de transmisión sexual? Sí No

b) ¿Se le ha dicho que tiene sida o algún complejo relacionado con el sida? Sí No

c) ¿Ha tenido o se le ha informado que ha tenido un examen de sangre positivo para anticuerpos del virus sida (virus de inmunodeficiencia humana)? Sí No

d) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, nódulos linfáticos inflamados o lesiones inusuales en la piel? Sí No

13. ¿Sufre o padece de alguna enfermedad física o mental, dolencia o impedimento físico? Sí No

14. En caso el solicitante sea una persona natural: ¿El solicitante certifica que él (ella), como contratante y/o el asegurado (en caso de ser persona distinta) es (son) ciudadano(s) residente(s) o residente(s) fiscal(es) de los EE.UU. para los fines del impuesto a la renta? Sí No

15. En caso el solicitante sea una persona jurídica:

a) ¿Cuenta la empresa solicitante con algún accionista que sea ciudadano(s) residente(s) o residente(s) fiscal(es) de los EE.UU. con una participación mayor al 10%? Sí No

b) En caso la pregunta 15 a) sea afirmativa, por favor, indique si más del 50% de los ingresos brutos de la empresa provienen de ingresos pasivos; se entiende por ingresos pasivos: dividendos, intereses, rentas y regalías, anualidades, ganancias por venta o intercambio de propiedades, ganancias por las transacciones en commodities, futuros, forwards, etc. Sí No

16. ¿Tiene algún seguro de vida distinto al seguro de Vida Ley actualmente en vigencia? (Incluya pólizas de accidentes personales y seguro de empresa, si existiera alguna). Sí No

Nombre de la compañía _____ Suma asegurada (Vida) _____

Año de emisión ____ / ____ / ____ Beneficio de muerte accidental Invalidez / exoneración de pago de primas

Declaración de salud familiar

Completar solo para solicitudes de accidentes personales

¿Sufre(n) o padece(n) su cónyuge e hijos de alguna enfermedad física o mental, dolencia o impedimento físico? Sí No

¿Cuáles son las actividades diarias que realiza su cónyuge?

Declaro, en representación de mi persona y de cualquier persona que tenga o reclame algún interés sobre esta póliza, que cada una de las respuestas que figuran más arriba son completas y veraces; y estoy de acuerdo en que sean tomadas como única base para la solicitud de opción de continuidad convencional, cambio o emisión del seguro al cual se refiere esta solicitud, y que tal solicitud de continuidad convencional, cambio o emisión no será considerada efectuada por razón de cualquier pago en efectivo o acuerdo tomado en relación con el pago de, o a cuenta de, la suma que ahora se debe, hasta que esta solicitud sea debidamente aprobada en la oficina principal de la compañía o que la aceptación, retención, depósito o conversión en efectivo de cualquier pago o acuerdo de pago hecho por la compañía o por su agente autorizado no constituirá exoneración o abandono ni afectará a dicha condición de otra forma.

Es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación, falsedad o declaración inexacta, dolosa o con culpa inexcusable determina la nulidad del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro y, en consecuencia, la compañía quedará libre de toda responsabilidad, de conformidad con las normas vigentes. De comprobarse, antes del siniestro, alguna declaración inexacta que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, la compañía podrá informarme la revisión del contrato; mi rechazo o silencio ante las nuevas condiciones, dará derecho a la compañía a resolver el contrato de seguro.

Firmado en _____, el _____ de _____ de _____

Firma del asesor

Consignar la firma del DNI

Firma del asegurado

Consignar la firma del DNI



**Huella digital
del asegurado**

**Documento de identidad
del asegurado**