

**1. Datos a ser completados por la entidad financiera**

De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. \_\_\_\_\_ de Seguro Colectivo de Deuda emitida a nombre de \_\_\_\_\_, se ruega inscribir como asegurado a \_\_\_\_\_ con fecha de otorgamiento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

1. Monto del préstamo inicial \_\_\_\_\_ 2. Plazo \_\_\_\_\_ 3. Interés \_\_\_\_\_  
 4. Monto del préstamo nuevo \_\_\_\_\_ 5. En caso de ser refinanciamiento, favor indique el monto solicitado \_\_\_\_\_  
 6. Monto total a asegurar \_\_\_\_\_ 7. Plazo (únicamente si completó los puntos 5 y 6) \_\_\_\_\_  
 8. Interés (únicamente si completó los puntos 5 y 6) \_\_\_\_\_

**2. Datos a ser completados por el solicitante**

En relación con la presente Solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado para este fin proporciono los siguientes datos:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
 DUI o Pasaporte: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad (años): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Estatura (m): \_\_\_\_\_ Peso (lb): \_\_\_\_\_  
 Dirección de residencia: \_\_\_\_\_  
 Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Giro: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

**Designo como mis beneficiarios contingentes a:**

Beneficiarios	Nombre completo	Parentesco	Porcentaje Distribución
Beneficiario irrevocable (acreedor)*			
Beneficiario contingente			
Beneficiario contingente			

*\*El Acreedor es el único Beneficiario Irrevocable para la presente contratación y únicamente en caso de existir remanentes, estos deben ser entregados a los beneficiarios contingentes designados.*

### 3. Declaración de salud\*

\*Se incluye cuestionario adicional para solicitantes del sexo femenino

¿Padece o ha padecido de algunas de las siguientes enfermedades o síntomas? (Favor contestar SI o NO).

	Si	No		Si	No
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del hígado o la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la vejiga y órganos genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se ha realizado alguna prueba para investigar SIDA?  Si  No Resultados \_\_\_\_\_

¿Tiene algún defecto auditivo?  Si  No Especifique \_\_\_\_\_

¿Tiene algún defecto de la vista?  Si  No Especifique \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún accidente?  Si  No Especifique \_\_\_\_\_

Médico Familiar: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fecha de última consulta: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

### Cuestionario únicamente para mujeres

	Si	No		Si	No
1. ¿Ha tenido enfermedades en los pechos, matriz u ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Se ha efectuado examen de Papanicolaou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Ha llegado a la menopausia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido algún aborto, parto anormal o cesárea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Ha sido esterilizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuántos hijos tiene? _____			9. ¿Ciclo menstrual irregular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Especifique la fecha de su último parto _____					

**Si respondió "Sí" en alguna de las preguntas anteriores, por favor proporcione la siguiente información:**

**Pregunta N°** \_\_\_\_\_ Solicitante: \_\_\_\_\_ Período (desde/hasta): \_\_\_\_\_  
Condición: \_\_\_\_\_ Tratamiento o resultados: \_\_\_\_\_  
Situación actual: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono/correo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Pregunta N°** \_\_\_\_\_ Solicitante: \_\_\_\_\_ Período (desde/hasta): \_\_\_\_\_  
Condición: \_\_\_\_\_ Tratamiento o resultados: \_\_\_\_\_  
Situación actual: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono/correo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Pregunta N°** \_\_\_\_\_ Solicitante: \_\_\_\_\_ Período (desde/hasta): \_\_\_\_\_  
Condición: \_\_\_\_\_ Tratamiento o resultados: \_\_\_\_\_  
Situación actual: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono/correo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Cuestionario COVID 19**

	Si	No
¿Está vacunado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuenta con todas las dosis?, fecha de próxima dosis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo alguna reacción adversa? En caso afirmativo, por favor detallarla _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o algún miembro de su familia ha sido diagnosticado por COVID-19? En caso de ser positivo favor indicar la fecha del diagnóstico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento de haber estado en contacto con alguna persona diagnosticada COVID-19 positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 15 días usted o algún miembro de su familia ha tenido alguno de los siguientes síntomas:		
Sí   No	Sí   No	Sí   No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos seca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos húmeda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del olfato o del gusto
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falta de aire	

**4. Autorización para pago de reclamos y devolución de saldos**

En calidad de titular, acepto y confirmo expresamente recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos, cualquier reembolso, devolución, desembolso y/o pagos económicos a mi favor. Para lo que proveo los datos de la cuenta Bancaria para las transferencias respectivas.

Banco: \_\_\_\_\_ N° de cuenta: \_\_\_\_\_  Ahorro  Corriente

De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a pagar reclamos y devolver saldos a favor, por medio de cheque.

## 5. Consentimiento informado

Declaro en calidad de Titular de mis datos personales y datos personales sensibles, o responsable del tratamiento de los datos personales y datos personales sensibles de terceros, debidamente autorizado para compartirlos, que he sido informado de manera previa, clara, expresa e inequívoca sobre el tratamiento que ASSA VIDA S.A. Seguros de Personas, en su calidad de responsable del tratamiento, realizará respecto de mis datos personales, y datos personales sensibles, o de los datos personales y datos personales sensibles de terceros, de conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales de El Salvador y demás normativa legal aplicable.

En tal sentido, otorgo mi consentimiento libre, específico, informado e inequívoco para que estos datos, incluidos aquellos necesarios para la evaluación de riesgos, suscripción, administración, ejecución y cumplimiento de contratos de seguros, así como para la atención de siniestros, gestión administrativa, contratación de servicios, cumplimiento de obligaciones legales y regulatorias, y finalidades directamente relacionadas con la actividad aseguradora, sean recolectados, utilizados, almacenados, actualizados y, cuando sea necesario, transferidos a terceros autorizados.

Autorizo que dichos datos sean comunicados a reaseguradoras, ajustadores, proveedores de servicios, autoridades competentes y demás terceros necesarios para el cumplimiento de las finalidades antes descritas, dentro o fuera del territorio de El Salvador, garantizando en todo momento niveles adecuados de protección de datos. Asimismo, declaro conocer las facultades para el ejercicio de los derechos ARCO-POL, mediante solicitud presentada por los medios puestos a disposición por el Responsable del Tratamiento.

## 6. Autorizaciones y aceptaciones

a) 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).

b) Además convengo en que la Aseguradora 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 Aseguradora me indique; o bien, rechazar mi solicitud, no teniendo la Aseguradora obligación alguna de dar explicaciones en caso de que ejerza cualquiera de estos derechos.

c) En caso de que el Seguro bajo esta Póliza exija contribuciones de parte de los asegurados, autorizo a mi patrono para hacer 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.

d) 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 ASSA Vida, S.A., Seguros de Personas, a su solicitud, cualquier dato o información que hubiere obtenido por este medio.

En testimonio de lo cual, firmo esta Solicitud, en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

## 7. Entidad financiera

Hago constar, en nombre del acreedor que los datos que anteceden referentes al crédito, son correctos y que las condiciones de asegurabilidad del prospecto son recomendables.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Acreedor

\_\_\_\_\_  
Sello