



SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA A "LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, SOCIEDAD ANONIMA"

De acuerdo con las Condiciones de la Póliza N° VC. _____ de SEGURO COLECTIVO DE VIDA emitida a nombre de _____ se ruega inscribir como asegurado a _____

(Nombre Completo)

quién ingresó el _____ de _____ de _____ con carácter de: _____ y con remuneración de \$ _____ por mes. La suma asegurada correspondiente es de \$ _____

San Salvador, _____

firma del Contratante (Sello)

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: _____
(Preferible el mismo que aparece en la Partida de Nacimiento)
2. Lugar de Nacimiento: _____
3. Fecha de Nacimiento: _____ de _____ de _____ Edad: _____ Años
4. Residencia: _____
Tel.: _____ NIT: _____ DUI: _____ N° ISSS: _____
5. Profesión: _____ Ocupación: _____
6. Estado Civil: _____ Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Lbs.
7. Beneficiarios:

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE

Antecedentes de Salud

8. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades ó síntomas?

	SI	NO		SI	NO
Reumatismo o Artritis	_____	_____	Enfermedades de los Riñones	_____	_____
Angina de Pecho	_____	_____	Enfermedades de la Próstata	_____	_____
Infarto del Corazón	_____	_____	Enfermedades de la Vejiga	_____	_____
Otras Enfermedades del Corazón	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Enfermedades de la Circulación	_____	_____	Tumor ó Cáncer	_____	_____
Tensión Arterial Alta ó Baja	_____	_____	Pérdida del Conocimiento	_____	_____
Bronquitis Crónica ó Asma	_____	_____	Epilepsia	_____	_____
Enfermedades de la Tiroides	_____	_____	Chancro, Gonorrea, Sífilis	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	Paludismo	_____	_____
Úlcera del Estómago	_____	_____	Otras enfermedades que le hayan obligado a interrumpir en los últimos 10 años su actividad profesional durante más de 15 días consecutivos	_____	_____
Úlcera del Duodeno	_____	_____	SIDA	_____	_____
Trastornos de la Digestión	_____	_____			
Enfermedades del Hígado	_____	_____			
Enfermedades de la Vesícula	_____	_____			
Biliar	_____	_____			

9. ¿Ha estado en tratamiento con algún Médico, Hospital ó Clínica? _____

10. Si la respuesta para alguna de las preguntas 8. y 9. que anteceden es afirmativa

Indíquese además

a) Fecha de Padecimiento: _____

b) Nombre del Médico, Hospital ó Clínica y su dirección: _____

c) Detalles del Padecimiento y Tratamiento

11. ¿Ha sufrido algún accidente ó tiene alguna alteración física? (Dar detalles en su caso) _____

12. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (Dar detalles en su caso) _____

13. ¿Se encuentra usted actualmente en perfecto estado de salud y sin síntoma alguno? (Dar detalles en su caso) _____

14. ¿Ha solicitado algún seguro sobre su vida o rehabilitación que haya sido negado por alguna compañía? (Dar detalles en su caso) _____

El abajo firmante declara haber contestado con sinceridad y buena fé estas preguntas, y releva expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que hubiese reconocido ó asistido en sus dolencias y lo autorizo a revelar a "LA CENTRAL DE FIANZAS Y DE SEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA", todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener ó de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarle sus servicios.

En testimonio de lo cual, firmo esta Solicitud en la Ciudad de San Salvador, _____

Nota: Si no sabe firmar, imprima sus huellas digitales y anote número y fecha de expedición de su DUI.

Firma del Solicitante