

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS
PARA RECLAMO DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
POLIZA COLECTIVA DE DEUDA

I. DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO RESIDENCIA:	TELÉFONO MÓVIL:
NÚMERO DE DUI:	NÚMERO DE NUP:

II. DATOS DEL PRÉSTAMO

NÚMERO DEL PRÉSTAMO:	FECHA DE OTORGAMIENTO:
MONTO DEL PRÉSTAMO OTORGADO:	MONTO ACTUAL DEL PRÉSTAMO:
MONTO DE LA CUOTA MENSUAL:	FECHA DEL ÚLTIMO PAGO REALIZADO:

III. DATOS DEL EMPLEO

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORABA:	
CARGO QUE DESEMPEÑABA EN LA EMPRESA:	JEFE INMEDIATO:
DIRECCIÓN:	TELÉFONO(S):

IV. INFORMACION SOBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD:	CAUSA DE LA INCAPACIDAD:
DESCRIBA BREVEMENTE COMO OCURRIÓ LA INCAPACIDAD:	
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO Y HOSPITAL QUE LE EXTENDIÓ LA DECLARACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:	
GRADO DE INCAPACIDAD 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/>	
¿EN QUE FECHA DEJO USTED DE LABORAR?	¿CUANDO REANUDO O PODRA REANUDAR SU TRABAJO?

V. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Declaro que la información brindada en el presente formulario es verdadera. Convengo en que la veracidad de los datos y respuestas constituyen la base del reclamo del seguro que solicito, en caso contrario, éste será invalidado y la Compañía tendrá derecho a denegar el presente reclamo. Autorizo a Seguros Azul Vida, S.A., Seguros de Personas a requerir y precisar información sobre mi situación médica a las instancias correspondientes y por este medio autorizo a cualquier médico que me haya atendido o pueda atenderme, o cualquier hospital o institución en que haya sido yo paciente, a revelar información médica relativa a mi caso. Queda aceptado que una copia fotostática de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original de la misma.

Firmo la presente en la ciudad de _____, el _____ de _____ de _____.

Firma del Asegurado

FAVOR ANEXAR AL PRESENTE FORMULARIO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- ✚ Recibos de pago original de las últimas 6 cuotas del préstamo
- ✚ Copia del dictamen médico del Doctor que extendió la incapacidad total y permanente
- ✚ Copia del dictamen de incapacidad total y permanente extendido por el ISSS
- ✚ Copia del dictamen de la comisión Calificadora de Invalidez de la Superintendencia de Pensiones
- ✚ Copia de DUI y tarjeta de NUP de la AFP
- ✚ Estado de cuenta original del préstamo

VI. DECLARACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO INCAPACITADO					2. EDAD
3. DIRECCIÓN:				4. OCUPACIÓN	
5. ¿QUE TIEMPO HACE QUE CONOCE USTED AL ASEGURADO INCAPACITADO?					
6. ¿CUÁNDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ, ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE?					
7. ¿CUÁNDO PRACTICÓ LA ÚLTIMA VISITA?					
8. ¿EN QUÉ ENFERMEDADES, AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ USTED O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE):					
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	No. DE VISITAS	FECHA	DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS
9. ¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES APARTE DE LAS ANOTADAS EN EL CUADRO ANTERIOR, PADECIÓ EL ASEGURADO INCAPACITADO (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE):					
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	No DE VISITAS	FECHA	DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS
10. ¿CUÁL FUE LA CAUSA PRINCIPAL DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE?					
11. ¿CUÁNTO TIEMPO ESTIMA USTED QUE DURÓ EL PADECIMIENTO QUE CAUSÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE?					
12. ¿EXISTIERON OTROS FACTORES QUE CONTRIBUYERON A CAUSAR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE? (DAR AMPLIOS DETALLES)					
13. ¿SABE USTED SI EL ASEGURADO INCAPACITADO TENÍA EL HÁBITO DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE NARCÓTICOS? (DAR AMPLIOS DETALLES)					

DATOS ADICIONALES

DECLARACION DE MÉDICO TRATANTE

Las declaraciones brindadas en el presente formulario son verdaderas y las he proporcionado de buena fe. Hago constar que no tengo interés directo ni indirecto en el pago de la indemnización correspondiente a la póliza de seguro.

Emito y firmo la presente declaración en la ciudad de _____, el _____ de _____ de _____.

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO

F. _____
MÉDICO

(SELLO)