

SOLICITUD DE SEGUROS & DECLARACION JURADA DE SALUD

I. Coberturas

- Muerte por cualquier causa (Incluyendo Covid-19): Indemnización para el/los beneficiarios/s designados en caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa incluyendo COVID-19 (SARS-CoV-2).
- Invalidez Total y Permanente: Indemnización para el Asegurado por Incapacidad Total y Permanente incluyendo causas generadas por COVID-19 (SARS-CoV-2).
- Renta Diaria Hospitalaria por Covid-19: Indemnización para el asegurado en caso internación hospitalaria a causa del COVID-19 (SARS-CoV-2). El asegurado recibirá Gs. 300.000 por cada noche de internación hasta un máximo de 10 días. Esta cobertura cuenta con una carencia de 3 días.
- Sepelio: Indemnización para el/los beneficiarios/s designados en caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier causa incluyendo COVID-19 (SARS-CoV-2) para gastos de sepelio.

II. Elección del Plan

COBERTURAS				DE 18 A 49 AÑOS				DE 50 A 64 AÑOS			
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (INCLUYENDO COVID-19)	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	RENTA DIARIA HOSPITALARIA POR COVID-19	SEPELIO (INCLUYENDO COVID-19)	COSTO CONTADO	COSTO MENSUAL 12 CUOTAS DE	MARQUE LA COBERTURA SELECCIONADA		COSTO CONTADO	COSTO MENSUAL 12 CUOTAS DE	MARQUE LA COBERTURA SELECCIONADA	
						CONTADO	12 CUOTAS			CONTADO	12 CUOTAS
Gs. 30.000.000	Gs. 30.000.000	Gs. 3.000.000	Gs. 8.000.000	Gs. 297.000	Gs. 27.500			Gs. 712.800	Gs. 66.000		
Gs. 50.000.000	Gs. 50.000.000	Gs. 3.000.000	Gs. 8.000.000	Gs. 415.800	Gs. 38.500			Gs. 1.069.200	Gs. 99.000		
Gs. 80.000.000	Gs. 80.000.000	Gs. 3.000.000	Gs. 8.000.000	Gs. 594.000	Gs. 55.000			Gs. 1.544.400	Gs. 143.000		
Gs. 100.000.000	Gs. 100.000.000	Gs. 3.000.000	Gs. 8.000.000	Gs. 712.800	Gs. 66.000			Gs. 1.900.800	Gs. 176.000		
Gs. 150.000.000	Gs. 150.000.000	Gs. 3.000.000	Gs. 8.000.000	Gs. 1.009.800	Gs. 93.500			Gs. 2.732.400	Gs. 253.000		

III. Datos del Asegurado

APELLIDO Y NOMBRE: _____

PROFESIÓN / OCUPACIÓN: _____ NACIONALIDAD: _____

DOC. DE IDENTIDAD N°: _____ FECHA DE NAC: _____/_____/_____

ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

CIUDAD: _____ EMAIL: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ CARGO: _____

RUC DE LA EMPRESA: _____ ACTIV. DE LA EMPRESA: _____

DIRECCION COMERCIAL: _____ CIUDAD: _____

TELEFONO: _____ CONTACTO: _____

POLIZA DE VIDA PROTECCION COVID-19



IV. Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO: _____ CI: _____ % DE INDEMNIZACIÓN _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ CI: _____ % DE INDEMNIZACIÓN _____

V. Formas de Pago

PAGO CONTADO ANUAL

PAGO FINANCIADO MENSUAL

Autorizo a FENIX S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS a emitir a mi nombre o a la persona jurídica que represento/amos pólizas, endosos u otros documentos relacionados con la póliza utilizando firma facsimilar o firma digital, según corresponda a mi elección de la modalidad de la póliza. - Autorizo (amos) en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a) del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer mi (nuestra) información en plaza. Además, me/nos comprometo (emos) a proveer las documentaciones solicitadas por la Compañía con relación a la apertura de expediente de identificación al cliente, al inicio o en cualquier momento de la relación comercial, y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, de conformidad a la Resolución SEPRELAD 071/2019.-Convengo que esta propuesta una vez aceptada por la Compañía, pase a formar parte del contrato. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión de la póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, -Autorizo otorgando suficiente mandato en los términos del Art. 917 Inc. a) del Código Civil, para en caso de un atraso superior a los 90 días en el pago de la prima incluyan mi nombre personal o Razón Social que represento, en Informconf. Una vez cancelada la deuda en capital, gastos e intereses, la eliminación de dicho Registro se realizará de acuerdo a lo dispuesto en las leyes vigentes.-Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556º del Código Civil Paraguayo). –

DECLARACIÓN DE ORIGINES DE FONDOS

Declaro (amos) bajo Fe de juramento; que los fondos utilizados para la adquisición del bien objeto del presente, y el pago de la prima única y/o fraccionada, fueron originados con actividades lícitas, en virtud a la Ley 1015/97 "Que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la Legitimación de Dinero o Bienes" sus modificaciones y reglamentos. Que los datos personales contenidos en el presente, corresponden a la verdad y me comprometo a notificar sobre los cambios que hubieren.

PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

¿Usted se desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, como ser: jefe de estado o de gobierno; gobernador; intendente; concejal; líder político; funcionario público, judicial o militar de alta jerarquía; alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partido político?

DETALLE DEL CARGO: _____

SI	NO
----	----

VI. ENVIO DE POLIZA

Deseo optar la contratación del seguro a través de:

Póliza
Convencional

Póliza
Digital

En caso de elegir la opción de envío por correo electrónico, la póliza será enviada de forma digital a la dirección de correo indicada por el asegurado según las siguientes instrucciones:

POLIZA DE VIDA PROTECCION COVID-19



- Recibirá un correo electrónico informándole de la emisión de su nueva póliza.
- Recibirá un link de acceso para su descarga.
- Una vez que acceda al link, usted tendrá disponible todos los documentos de la póliza y la factura crédito en formato PDF, donde podrá visualizar, descargar o imprimir. Esta conexión quedara registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad.
- **MUY IMPORTANTE:** cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el “ASEGURADO O TOMADOR” si no reclama dentro un mes de haber recibido la póliza (Artículo 1556 del Código Civil).

FECHA:...../...../.....

..... FIRMA DEL ASEGURADO

..... ACLARACION DE FIRMA

VII. DECLARACIÓN DE SALUD SIMPLIFICADA

Profesión (actividad exacta):..... Deportes:.....

Talla/Peso:.....

1. ¿Se le ha diagnosticado o tratado por enfermedad cardíaca o de las arterias coronarias, apoplejía, cáncer, diabetes, hepatitis, cirrosis, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infección VIH o SIDA, etc.?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

2. Consumo de alcohol, tabaco o drogas? Indicar tipo o cantidad diaria**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

3. ¿Está o ha estado sometido a algún tratamiento médico, psiquiátrico o de rehabilitación?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

4. ¿Está a la espera de realizarse algún tipo de prueba o investigación médica o de recibir los resultados?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

5. ¿Se encuentra actualmente en situación de incapacidad o ha iniciado algún trámite para su obtención?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

6. ¿Tiene alguna póliza en vigor o en proceso de tramitación?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

7. ¿Ha contraído Usted el Covid-19 (SARS-CoV-2) o se encuentra en aislamiento por sospecha de contagio con el Covid-19 (SARS-CoV-2)?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

8. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo/expectoración (flemas), dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares?**Si****No** Ampliar Respuesta:.....

Declaro que las respuestas son verdaderas y como tales reconozco aun cuando no estuviera escrita de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado aún hechas de buena fe, hacen nulo el seguro. Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556 C.C.)