

**ASEGURADORA DEL SUR C.A**  
**CERTIFICADO DE SEGURO**

**PÓLIZA No:** 1098611 / 1096922 / 109903 / 1080044

**CERTIFICADO N°:** 0001-0001-0000000001

**OFICINA O AGENCIA:**

**FECHA DE VIGENCIA:** Según vigencia del Crédito

**FORMA DE PAGO:** Débito del crédito

**DATOS DEL ASEGURADO:**

<b>Nombres:</b>	<b>Apellidos:</b>	
Cédula de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	<b>Número de documento:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Celular:</b>	<b>Teléfono Particular:</b>	
<b>Dirección de domicilio/hogar:</b>		
<b>Provincia:</b>	<b>Cantón:</b>	<b>Ciudad:</b>

**DATOS DEL CODEUDOR O GARANTE:**

<b>Nombres:</b>	<b>Apellidos:</b>
Cédula de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	<b>Número de documento:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>

**TABLA DE COBERTURAS SEGURO DE DESGRAVAMEN**

COBERTURAS	ASEGURADO	VALOR ASEGURADO
Muerte por cualquier causa no excluida	Deudor principal + codeudor o garante	Monto original del crédito
Incapacidad total y permanente	Deudor principal + codeudor o garante	Monto original del crédito

COBERTURAS PARA EL DEUDOR PRINCIPAL:	SUMA ASEGURADA
Muerte por cualquier causa	\$1.500
Muerte accidental	\$1.500
Invalidez, incapacidad	\$1.500
Desmembración (De acuerdo a tabla)	\$1.500
Gastos médicos por accidente hasta:	\$3.200 con deducible del 10% v.s, mínimo \$20
Gastos de sepelio:	\$1.000
Renta Hospitalaria por accidente:	\$30 diarios hasta 10 días con deducible de 3 días
COBERTURAS ADICIONALES:	SUMA ASEGURADA
Incendio y/o líneas aliadas hasta:	\$2.000

**Deudor Principal:** Consultas médicas presenciales ilimitada en Medicina General y Ginecología + telemedicina ilimitada + entrega de medicina hasta \$9 por receta.  
**Dependientes:** Consultas médicas presenciales limitada a 2 eventos mensuales en Medicina General, Pediatría y Ginecología + telemedicina ilimitada + entrega de medicina hasta \$9 por receta hasta 2 eventos mensuales.

**BENEFICIARIOS PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIAS MÉDICAS (DEPENDIENTES)**

FECHA DE NACIMIENTO	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO

**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (a título gratuito)**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %



Aseguradora del Sur C.A.

Asegurado – Deudor Principal

## DECLARACION DE DEPORTES EXTREMOS

Realiza usted la práctica de deportes riesgosos tales como: boxeo, inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y lanchas; y otros deportes riesgosos: SI\_\_\_, NO\_\_\_.

Especificar.....

### PARA CRÉDITOS SUPERIORES A USD 20.000 EN ADELANTE

#### Declaración de salud:

Yo como titular del seguro pongo a su consideración la siguiente declaración médica:

¿Sufre o a sufrido de trastornos cardiovasculares, presión arterial alta, arritmias u otros problemas del corazón, Diabetes, problemas renales, trastornos hepáticos, pulmonares, desórdenes mentales, problemas nerviosos, epilepsia, trastornos musculares, tumores cancerosos Malignos, trastornos linfáticos o de sangre, trastornos inmunológicos o padecimientos Relacionados con el Sida? SI\_\_\_, NO\_\_\_.

Especificar.....

**Declaración:** Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada, comprometiéndome a comunicar oportunamente a Aseguradora del Sur C.A. los cambios que se susciten a la información y documentación entregada y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada. Además declaro que la relación con Aseguradora del Sur C.A. tiene un propósito lícito y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán, son de origen legítimo y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas.

Declaro que:

Yo, mi cónyuge, mis parientes (padres, hijos, tíos, primos, suegros o cuñados) o colaboradores \_\_\_Si \_\_\_No desempeño/an o he/han desempeñado funciones públicas de alto grado en los últimos dos años, por ejemplo, Presidente de la República, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director General, dignatarios elegidos por voto popular, etc., o que, sin ocupar cargo público alguno, tiene injerencia política a escala nacional o internacional.

**Autorización:** Autorizo expresamente, en forma libre, voluntaria e irrevocable, a Aseguradora del Sur C.A., para que obtenga en cualquier momento y de cualquier fuente de información que considere pertinente, incluida la Central de Riesgos y Burós de Información Crediticia, mis referencias e información personales sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas corrientes, de ahorros, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones y demás información relacionada con mis activos, pasivos y contingentes, así como información de carácter general. De igual forma, Aseguradora del Sur C.A. queda expresamente autorizada para que pueda, en cualquier momento, utilizar, transferir o entregar dicha información y aquella que genere con Aseguradora del Sur por ocasión de la relación existente a autoridades competentes, organismos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También la autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro.



\_\_\_\_\_  
Aseguradora del Sur C.A.

\_\_\_\_\_  
Asegurado – Deudor Principal

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.