



ACOFRAM DE R.L

23 de calle poniente y 21 Av. Norte. Col. Layco N° 1206, San Salvador
Telefonos 2225-4095 y WhatsApp 6070 0691 E-Mail: info.asociado@acofram.com

FECHA DE RECIBIDA

Día Mes Año
/ /

SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONAL

1 INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

Monto solicitado \$ _____	Plazo _____ meses	Cuota mensual \$ _____	GARANTIA ☐ Codeudor ☐ Ahorros ☐ Aportaciones ☐ Seguro de deuda ☐ Auxilio de sepelio ☐ Otros: _____
Destino del crédito ☐ Personal ☐ Consolidación de deuda ☐ Hipotecario			
Descripción de destino: _____			

2 DATOS PERSONALES

Nombre completo:		DUI:	Exp. ____/____/____ Vcto. ____/____/____
Fecha de Nac. ____/____/____	Edad: _____ Años	☐ Genero ☐ Másculino Femenino	Estado Civil
Correo Electrónico:		N° de Celular	Grado Militar

3 DIRECCIÓN DE SU RESIDENCIA

Dirección completa:			
Departamento:	Municipio:	Distrito	N° de Tel. Fijo
TIPO DE VIVIENDA Propia ☐ Alquilada ☐ Financiada ☐ Financiada ☐ Familiar ☐ Familiar ☐			Tiempo de residencia: _____ Años

4 INFORMACIÓN LABORAL

Empresa o Institución, Organismo Militar:		Cargo:	Tel:
Profesión u oficio	Fecha de ingreso: ____/____/____	Antigüedad Laboral: Años	Salario mensual: \$ _____
Jefe inmediato:		Dirección del Trabajo:	

5 INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre de cónyuge:	
DUI:	N° de Celular:
Lugar de trabajo:	Cargo:
Dirección actual de residencia:	

6 OBLIGACIONES FINANCIERAS ACTUALES

Detalle todas sus deudas vigentes, incluidas tarjetas de crédito

 Institución Financiera	Saldo actual	 Fecha de otorgamiento
	\$ _____	____/____/____
	\$ _____	____/____/____
 TOTAL DEUDA VIGENTE (SALDO A CONSOLIDAR)	\$ _____	____/____/____

7 INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Concepto:	Monto:	Concepto:	Monto:
Salario:	\$ _____	Vivienda:	\$ _____
Pensión IPSFA:	\$ _____	Alimentación:	\$ _____
Pensión INABVE:	\$ _____	Créditos vigentes:	\$ _____
Otros ingresos:	\$ _____	Otros gastos:	\$ _____
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL EGRESOS	

8 PATRIMONIO

 VEHICULOS		 BIENES INMUEBLES	
Marca:		Casa ☐ Apartamento ☐ Terreno ☐	
Modelo:		Ubicación:	
Año:		Valor aproximado:	\$ _____
Placa:			
Valor aproximado:	\$ _____	Se encuentra Hipotecado?	Si ☐ No ☐

9 REFERENCIA PERSONAL

Nombre completo:		
DUI:	Parentesco:	N° de Celular:
Lugar de trabajo:	Cargo:	
Dirección		

10 REFERENCIA FAMILIAR

Nombre completo:		
DUI:	Parentesco:	N° de Celular:
Lugar de trabajo:	Cargo:	
Dirección		

11 DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN



Declaro que la información proporcionada en esta solicitud y en los documentos anexos es verdadera, completa y verificable. Autorizo a **ACOFRAM DE R.L.** a validar la información suministrada, solicitar referencias y realizar las consultas que considere necesarias para el análisis de esta solicitud de crédito.

Entiendo que cualquier omisión, inconsistencia o falsedad podrá dar lugar al rechazo o cancelación del trámite. Asimismo, autorizo la conservación y resguardo de la documentación presentada, independientemente de que el crédito sea aprobado o denegado. Reconozco que la presentación de esta solicitud no obliga a **ACOFRAM DE R.L.** a otorgar el crédito, ni garantiza su aprobación. Las condiciones del crédito estarán sujetas a la evaluación y políticas vigentes de la cooperativa al momento de su otorgamiento. En caso de controversia, me comprometo a agotar previamente los mecanismos de conciliación y demás medios alternos de solución de conflictos establecidos por la legislación aplicable.

F. _____
Solicitante

F. _____
Codeudor

____/____/____
Fecha

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO PLAN VIDA COLECTIVO DEUDA

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas

Asesuisa

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Póliza No.	INFORMACIÓN DEL TOMADOR Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	☐ Ingreso ☐ Modificación ☐ Otro	Número Solicitud
8173	ACOFRAM de R.L		

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (DEUDOR)

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)

Fecha de Nacimiento DD/ MM/ AAAA	SEXO ☐ F ☐ M	Tipo de Identificación: ☐ DUI ☐ Carné de Residencia ☐ Pasaporte No.	NIT
Dirección		Municipio	Departamento
Ocupación	Correo electrónico	Teléfono	Celular

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO A CONTRATAR

Monto del crédito solicitado: US\$	TIPO DE CRÉDITO ☐ Consumo ☐ Hipotecario ☐ Otro	Plazo del crédito:
---------------------------------------	--	--------------------

CRÉDITOS ACTUALES

N° Referencia	Tipo de crédito	Monto (US\$)	Saldo(US\$)	Plazo	Marcar crédito a Refinanciar*

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

Nombre completo	Parentesco	% designado	Contactos
			Celular: Teléfono: Correo:
			Celular: Teléfono: Correo:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Ha tenido cualquiera de los siguientes signos y/o síntomas y/o le han diagnosticado y/o padecido alguna enfermedad, subraye el padecimiento e indique SI o NO.

SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermedades del corazón		Leucemia, Lupus		Parálisis	
Infarto del miocardio		SIDA o VIH positivo		Ceguera y/o Sordera total o parcial	
Presión Arterial Alta o Baja		Accidente cerebrovascular		Pérdida funcional o anatómica	
Colesterol y/o Triglicéridos		Esclerosis múltiple		Consumo Actualmente drogas estimulantes	
Diabetes		Pancreatitis		Ha estado en tratamiento para:	
Insuficiencia Renal		Cirrosis, Insuficiencia Hepática		☐ Alcoholismo ☐ Drogadicción	
Enfermedades Respiratorias crónicas		Mal de Parkinson, Convulsiones, Epilepsia		Peso (en libras)	Estatura (en cm)
Cáncer y/o Tumores malignos		Trastornos psiquiátricos			

2. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ☐ SI ☐ NO

¿Cuál?

3. ¿ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? ☐ SI ☐ NO

En caso de haber contestado positivamente alguna pregunta anterior debe completar la siguiente información

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	Enfermedad
1.		
2.		

Observaciones

SEGURO PLAN VIDA COLECTIVO DEUDA ASESUISA VIDA, S.A SEGUROS DE PERSONAS

ASESUISA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, en adelante denominada ASESUISA VIDA, le brindará a tu Grupo Asegurado las coberturas de conformidad a los riesgos que a continuación serán descritos, y quedarás obligado a cumplir con las condiciones generales, sus anexos y las declaraciones que hubieras hecho en tu solicitud y la de tu Grupo Asegurado.

SECCIÓN 1: COBERTURAS

COBERTURA PRINCIPAL

1. VIDA
En caso de que fallezcas, ASESUISA VIDA pagará al beneficiario con el que tiene la deuda el monto que no hayas alcanzado a pagar, sin que este supere el valor asegurado. Si existe un remanente se le pagará a tus beneficiarios designados o a tus herederos.

En caso de muerte presunta, el saldo de tu deuda se pagará tomando en cuenta la fecha de muerte establecida en la sentencia emitida por el juez, la cual deberá inscribirse en el registro civil.

2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad que se produzca durante la vigencia de la póliza quedas invalido, es decir, pierdes de forma total y permanente tu capacidad laboral u ocupacional habitual u otra cualquiera compatible con tu educación, formación o experiencia, adquiridas con anterioridad a la ocurrencia de la invalidez, o sufres alguna de las siguientes pérdidas o inutilizaciones, ASESUISA VIDA pagará el valor asegurado al beneficiario con el que tienes la deuda. Si al pagar este saldo no se agota todo el valor asegurado, la parte restante de este se te entregará a ti.

EVENTO	% A INDEMNIZAR
- Por la lesión que te produzca una pérdida total y permanente de tu capacidad laboral u ocupacional habitual. - Por la pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos. - Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies o de la combinación de la pérdida de una mano y un pie. - Por la pérdida total e irrecuperable de la visión de un ojo, combinada con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie. - Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición de ambos oídos.	100%

El valor asegurado que pagará ASESUISA VIDA, será el saldo insoluto de la deuda a la fecha en que ASESUISA VIDA realice el pago.

El valor asegurado de las coberturas de vida e invalidez total y permanente, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente es un único valor, por lo tanto, si ASESUISA VIDA te paga una indemnización por invalidez total y permanente, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente se dará por terminado el seguro.

Para los efectos anteriores, "Pérdida" significa:

- Para la mano: amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o parte proximal de ella.
- Para el pie: amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o parte proximal de él.

"Inutilización" significa:

Pérdida de la funcionalidad total y permanente de los miembros antes descritos.

Para la cobertura de invalidez total y permanente, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente debes cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser reconocida y declarada por lo médicos de ASESUISA VIDA, para lo cual el ASEGURADO deberá de presentar la certificación de la invalidez debiendo ser otorgada por un médico legalmente calificado en la especialidad respectiva y con experiencia comprobada.
- En caso de existir diferencias en el grado de calificación de la invalidez de los médicos del ASEGURADO y de ASESUISA VIDA o cuando la información presentada no sea suficiente para determinar la cobertura por Invalidez, ASESUISA VIDA podrá solicitar a su criterio a médicos o instituciones médicas calificadas, los exámenes o reportes que considere necesarios, los costos de las evaluaciones adicionales que ASESUISA VIDA solicite a médicos especialistas serán por cuenta de la misma

COBERTURAS OPCIONALES

1. GASTOS FUNERARIOS

En caso de fallecimiento, ASESUISA VIDA entregará a tus beneficiarios designados o tus herederos la suma asegurada detallada en las condiciones especiales, para cubrir los gastos por el fallecimiento.

SECCIÓN 2: EXCLUSIONES

ASESUISA VIDA no pagará las indemnizaciones acordadas para cada cobertura cuando los eventos cubiertos sean consecuencia directa o indirecta de:

1. COBERTURA VIDA BÁSICO

En caso de suicidio, estando o no en uso de tus facultades mentales, no se otorgará cobertura cuando el mismo ocurra sin haber transcurrido un (1) año desde la fecha de inicio de vigencia del certificado individual o desde la fecha de la rehabilitación. De igual forma, ASESUISA VIDA no cubrirá los aumentos de suma asegurada que se realicen en los doce (12) meses previos a la muerte por suicidio.

2. PARA LA COBERTURA DE: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

- Guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de las leyes correspondientes.
- Fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- Enfermedades, malformaciones congénitas o accidentes originados u ocurridos con anterioridad a la contratación de la cobertura y que sean conocidos por el ASEGURADO. Esta exclusión aplica aunque declares, que padeces la enfermedad al momento de contratar la cobertura.
- Lesiones que el ASEGURADO se haya provocado intencionalmente estando o no en uso de sus facultades mentales.
- El uso de medios de transporte aéreo privados, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas comerciales debidamente autorizadas para el público con itinerario regular.
- El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación.
- Falsas declaraciones, alteraciones y omisiones intencionales del ASEGURADO que puedan influir en la comprobación de su estado de Invalidez.
- Reclamaciones que sean consecuencia de accidentes por la utilización de o práctica de: motociclismo, cuatrimotos, parapente, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, paracaidismo, escalaje de montañas, ski en el hielo, buceo, artes marciales, boxeo y deportes o actividades denominadas de alto riesgo y/o extremas.

3. COBERTURA GASTOS FUNERARIOS

Aplica la misma exclusión que para la cobertura de VIDA BÁSICO.

SECCIÓN 3: OTRAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

Tu póliza tendrá vigencia por un año y se podrá renovar por períodos iguales por voluntad de las partes aceptando las nuevas condiciones o modificaciones a la presente póliza.

2. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor es el equivalente al saldo insoluto de la deuda al momento de su fallecimiento, o al momento en que la aseguradora realice el desembolso correspondiente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente, Pérdida o Inutilización por Enfermedad o Accidente.

3. PRIMA

La prima es el precio del seguro y deberás pagarlo de acuerdo a lo estipulado en esta póliza.

3.1 Determinación de la prima

El TOMADOR deberá presentar a ASESUISA VIDA una declaración indicando el importe total de los saldos el día último del mes anterior de las deudas aseguradas vigentes en esa fecha, la misma deberá presentarse dentro de los cinco primeros días de cada mes, esta declaración será la base de cálculo para la determinación de la prima.

3.2 Período de gracia

El TOMADOR o ASEGURADO tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriese algún siniestro, las primas o fracciones pendientes de pago, serán descontadas de la indemnización correspondiente.

Transcurrido el período de gracia, ya no tienes cobertura, pero dispones de tres (3) meses más para rehabilitar la póliza, conforme a lo establecido en el Código de Comercio.

4. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Los beneficiarios del ASEGURADO serán: su esposa (o) o conviviente, sus hijos y/o sus padres, en porcentajes iguales, a falta de alguno de los antes expresados, tendrán derecho a la indemnización, de acuerdo a su calidad de herederos, no obstante, el ASEGURADO tendrá el derecho de designar a otros beneficiarios y cambiar porcentajes, previa notificación por escrito a ASESUISA VIDA mientras se encuentre vigente la póliza.

5. COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación relacionada con esta póliza, deberás realizarla por escrito y/o a través de cualquier medio electrónico a la dirección física, correo electrónico y demás datos que identifican a ASESUISA VIDA; los cuales se encuentran indicados en la parte superior de la póliza.

6. DOLO O CULPA GRAVE

El dolo o culpa grave en tus declaraciones como ASEGURADO o TOMADOR o la omisión dolosa o culpable en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, dará derecho a ASESUISA VIDA para terminar el presente contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o

culpable, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si la inexactitud u omisión en tus declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el ASEGURADO o TOMADOR estará obligado a ponerlo en conocimiento de ASESUISA VIDA, tan pronto como se advierta esta circunstancia, bajo pena que se les presuma responsabilidad de dolo.

Cuando se notifique la circunstancia anteriormente descrita, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación del riesgo, a menos que ambas partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuere asegurable, ASESUISA VIDA tendrá acción para terminar el contrato.

7. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

Coberturas	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
1. Vida y Gastos Funerarios	18 años	70 años	75 años
2. Invalidez Total y Permanente, Pérdida o Inutilización por Enfermedad o Accidente.	18 años	64 años	70 años

La cobertura se respetará hasta la fecha de finalización de la vigencia del seguro en la cual alcances la edad de permanencia.

8. INSCRIPCIÓN DE ASEGURADOS

Las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, serán inscritas por ASESUISA VIDA a solicitud del TOMADOR.

Se deberá realizar mediante el envío del listado correspondiente, el cual deberá contener la información detallada por la aseguradora.

Las personas incluidas en el listado deberán de haber cumplido con los requisitos de asegurabilidad establecidos por esta póliza.

ASESUISA VIDA se reserva el derecho de no aceptar los riesgos que considere no asegurables por la presente póliza, o de exigir pruebas adicionales de asegurabilidad.

9. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este seguro termina por las siguientes causas:

- Por falta de pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en la ley aplicable.
- En la fecha de cancelación total de la deuda
- Al finalizar la vigencia en que cumplas la edad máxima de permanencia.
- A la terminación de la vigencia, si esta no se renueva.
- Cuando ASESUISA VIDA pague la cobertura de vida o el 100% del valor asegurado de la cobertura de invalidez total y permanente, pérdida o inutilización causada por enfermedad o accidente.
- Cuando el TOMADOR del seguro solicite por escrito que se te excluya del mismo.
- Cuando el TOMADOR o ASEGURADO no de aviso por escrito por lo menos con un mes de anticipación, contado a partir de la fecha en que dejaste de reunir las condiciones para formar parte del Grupo Asegurado.
- Cuando ASESUISA VIDA, avise por escrito al TOMADOR o ASEGURADO que dejo de reunir las condiciones establecidas en las leyes correspondientes y en este contrato.
- Cuando el TOMADOR decida desistir de este contrato en un plazo de 15 días siguientes a aquel en que reciba la póliza o documento, si no concuerda con los términos convenidos o en su caso podrá solicitar la rectificación del texto dentro del mismo plazo.

10. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado está facultado para dejar sin efecto el contrato unilateralmente, sin necesidad de justificar su decisión y sin penalización alguna, siempre y cuando no se hubiere perfeccionado por no haber transcurrido el plazo de ocho (8) días, o no se hubiera empezado a hacer uso del bien, o el servicio no se hubiese empezado a prestar, según lo establecido en el artículo 13-A de la Ley de Protección al Consumidor. En tal caso cualquier prima facturada le será devuelta y el seguro se considerará cancelado.

11. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

En caso de un siniestro cubierto por este seguro, tú como TOMADOR o ASEGURADO o tus beneficiarios deberán solicitarle a ASESUISA VIDA el pago de las indemnizaciones a las que tengan derecho, acreditando la ocurrencia de dicho siniestro en los formularios que proporcione ASESUISA VIDA para la reclamación, los cuales, deberán ser acompañados de los documentos y otras pruebas que demuestren la ocurrencia del siniestro y que permitan fijar la cuantía de la indemnización.

12. DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Para todos los casos, el Tomador, Asegurados o Beneficiarios deberán presentar:

- Salvadoreños: fotocopia de DUI y NIT
- Extranjeros: fotocopia de NIT y pasaporte o carné de residente

12.1 Por fallecimiento

- Formulario de notificación del siniestro por parte del TOMADOR
- Original Certificación de Partida de Defunción
- Certificación del Centro Asistencial e Informe Médico con historia clínica completa (si hubo asistencia médica)

12.2 Por Invalidez Total y Permanente, Pérdida o Inutilización por Enfermedad o Accidente

- Historial clínico completo de la institución de salud pública y/o privada en donde ha recibido sus controles para el tratamiento de la o las enfermedades/accidente, que han generado la Invalidez.
- En los casos que aplique, informe y certificado del médico legalmente calificado en la especialidad respectiva o con experiencia comprobada para calificar la invalidez o acreditar la pérdida o inutilización.

12.3 Por Gastos Funerarios

- Formulario de notificación del siniestro por parte del TOMADOR
- Fotocopia de documento emitido por alguna institución legal o médica en la cual se indique la fecha, hora y causa del fallecimiento.
- Fotocopia del DUI de alguno de los beneficiarios, en caso de ser extranjero Copia de Pasaporte o Carné de Residencia
- Fotocopia de Documento Único de Identidad (DUI) del asegurado, en caso de ser extranjero Copia de Pasaporte o Carné de Residencia.

12.4 Documentos de los Beneficiarios cuando son representados por:

- Apoderado
 - Copia de Poder ante notario
- Herederero de beneficiario designado y beneficiario contingente
 - Fotocopia de partida de defunción de beneficiario
 - Resolución final de las Diligencias de Aceptación de Herencia
- Representante legal de beneficiario menor de edad
 - Certificación original reciente de partida de nacimiento del menor de edad
 - Documentos personales de ambos padres
- Tutor (en caso de menor de edad sin padres o adulto incapaz)
 - Resolución final de las diligencias de nombramiento de tutor
 - Partida de nacimiento del menor o adulto incapaz, reciente y original marginada

13. Incumplimiento

ASESUISA VIDA no otorgará cobertura al ASEGURADO en los siguientes casos:

- Cuando el ASEGURADO, TOMADOR y/o Beneficiarios omita dar el aviso del siniestro en esta Póliza con la finalidad de impedir que se comprueben oportunamente los hechos ocurridos.
- Cuando declare o simule hechos inexactos referentes al siniestro.
- Negarse a otorgar autorización a ASESUISA VIDA para obtener información adicional de cualquier médico autorizado por la Junta de Vigilancia para la Profesión Médica, Centro Médico Asistencial, Clínica, laboratorios o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre tu estado de salud, dicha información deberá ser utilizada por parte de ASESUISA VIDA, S.A., con fines de atender las reclamaciones que de este se deriven. Asimismo, ASESUISA VIDA puede solicitar que me someta, a ciertas pruebas o consultas médicas consideradas necesarias para evaluar mis reclamaciones.
- Cuando la póliza se encuentre en mora del pago de la prima.
- Cuando para continuar con el proceso de reclamación, el ASEGURADO se encuentre pendiente de presentar información médica adicional complementaria tales como: resultados de estudios, exámenes médicos, segunda opinión médica, etc. La información adicional solicitada por ASESUISA VIDA será la que esté relacionada directamente con lo establecido en la Sección III del numeral 12 al sub numeral 12.4.

14. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y en caso de siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados. De conformidad con lo establecido en el Código de Comercio.

15. PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.

En caso que no estés de acuerdo con lo resuelto por La Aseguradora referente a tus diligencias presentadas, podrás recurrir opcionalmente a presentar tu caso a la Dirección de Atención y Servicio al Cliente situadas en las oficinas centrales de ASESUISA VIDA. En caso que la resolución no te sea satisfactoria podrás acudir a la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitar por escrito que se cite a La Aseguradora a una audiencia conciliatoria de acuerdo a lo establecido en la Ley de la materia.

16. NORMAS APLICABLES

Los asuntos no previstos en las cláusulas anteriores se regirán por lo dispuesto en las leyes Vigentes y Aplicables.

SECCIÓN 4: GLOSARIO

ASEGURADO:

Tú, la persona protegida por este seguro.

BENEFICIARIO:

La persona a la que le corresponde la indemnización.

SALDO INSOLUTO:

Por saldo insoluto de la deuda se entenderá el capital no pagado más los intereses corrientes, calculados hasta la fecha del fallecimiento del Asegurado o al momento en que la aseguradora realice el desembolso correspondiente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente, Pérdida o Inutilización por Enfermedad o Accidente. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además los intereses moratorios y las primas por este seguro no canceladas por el deudor.

TOMADOR:

Es la entidad que contrata el seguro con la que tienes el crédito.

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento Solicitud y Declaración de Asegurabilidad para el Seguro de Vida Colectivo Deuda es cierta y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, la Compañía quedará exonerada de toda obligación de indemnizar, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales del contrato las cuales he leído y comprendido en la presente solicitud. Así mismo, declaro que la ocupación y/o actividad que ejerzo está permitida por ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que ASESUISA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

En caso de Siniestro, el pago se hará después de comunicarlo por escrito y presentar a ASESUISA VIDA las pruebas fehacientes de acuerdo a los requisitos solicitados por ésta, y de comprobarse que: la Enfermedad y/o Accidente ocurrió mientras el seguro respectivo se encuentre en vigor.

AUTORIZACIÓN

Autorizo de forma expresa y voluntaria a ASESUISA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, a:

- Solicitar a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, laboratorios o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, agencias colocadoras de información médica o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mí, para que divulgue información a ASESUISA VIDA, S.A. Seguros de Personas, o a sus Reaseguradores, en el momento que la compañía lo considere necesario para mi evaluación para el otorgamiento de seguro de vida, o cualquier otro beneficio o cobertura que se ofrezca bajo el presente programa. Declaro (amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de ASESUISA VIDA, S.A. Seguros de Personas, con fines de suscribir el seguro de vida colectivo deuda y atender las reclamaciones que de este se deriven.
- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi(nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.
- Intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me(nos) encuentre(encontremos) afiliado(s).
- Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.
- Asimismo, la compañía puede solicitar que me someta, a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar mi solicitud de seguro. Si se requiere un reporte de inspección sobre mi persona, solicito ser entrevistado.
- Que la emisión de esta póliza contenga la inserción de la firma escaneada del Representante de la Aseguradora y en virtud de ello, autorizo para que la información y emisión de esta póliza con firma escaneada me sea enviada por cualquier medio electrónico, mensaje de texto al celular reportado como de mi uso y propiedad, correo electrónico, así como otros medios. Asimismo, ASESUISA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, le garantiza al asegurado el cumplimiento de las obligaciones contenido en la póliza, aun cuando sea emitida con firma escaneada, tanto administrativamente como judicialmente, siempre y cuando se encuentre debidamente respaldado en los sistemas de la sociedad y contablemente.

Certifico que el Asesor me explicó las coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro.

Firma del Asegurador

Fecha en la que se está
completando la solicitud



REVISIÓN Y RESOLUCIÓN DE GERENCIA

Aprobado

Denegado

Monto

\$

Plazo (Meses)

Fecha de aprobación

___/___/___

Tasa de Interés

CONDICIONES PARA OTORGAMIENTO DE CRÉDITO PERSONAL

Lcda. Nancy Tobar

Gerente General de ACOFRAM de R.L

F. _____



RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE CRÉDITO

Aprobado

Denegado

Monto

\$

Plazo (Meses)

Fecha de aprobación

___/___/___

Tasa de Interés

CONDICIONES PARA OTORGAMIENTO DE CRÉDITO PERSONAL

Presidente

Secretario

Vocal



RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Aprobado

Denegado

Monto

\$

Plazo (Meses)

Fecha de aprobación

___/___/___

Tasa de Interés

CONDICIONES PARA OTORGAMIENTO DE CRÉDITO PERSONAL

Presidente

Secretario

Vocal