

Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad contenida en el presente certificado.

Fecha de diligenciamiento D M A		<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Asegurado principal	Póliza N°
		<input type="checkbox"/> Incremento de valor asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar asegurado principal	
Razón Social de la Entidad Tomadora				C.C o Nit
Nombre Solicitante del Seguro		Primer Apellido	Segundo Apellido	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> N° de Documento
Dirección Particular		Teléfono	Ciudad	Fecha de Nacimiento D M A
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura Mts.	Peso Kgs.	Ocupación actual detallada	Valor Asegurado Actual
				Solicitud de Incremento de valor asegurado a D M A
				Deportes que practica

CUADRO DE BENEFICIARIOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	N° Documento de identidad	% Participación	Parentesco

Marque X

Yo, el abajo firmante, declaro que:

() En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

() Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con x:

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mentales-psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Cigarrillos Diarios | <input type="checkbox"/> Tragos semanales |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> 5 ó menos | <input type="checkbox"/> 5 ó menos |
| <input type="checkbox"/> Renales | <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> 21 o más | <input type="checkbox"/> 21 ó más |
| | | | <input type="checkbox"/> 6 a 20 | <input type="checkbox"/> 6 a 20 |
| | | | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad cual? _____ | |

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento

Firma y Huella Solicitante del Seguro



*En caso de no haber marcado ninguna de la enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

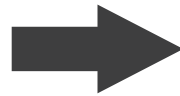
DECLARO QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO, QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE LA PÓLIZA SE OTORGARÁ EN CONSIDERACIÓN A LA VERACIDAD DE ESTAS DECLARACIONES; Y QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELAS ESTRICTAMENTE CON LA REALIDAD, EL SEGURO OTORGADO QUEDARÁ VICIADO DE NULIDAD EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. AUTORIZO A LA ASEGURADORA PARA QUE USE, CONSULTE Y/O REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN DE RIESGOS, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A MIS HÁBITOS DE PAGO, AL CUMPLIMIENTO QUE SE HE DADO A MIS OBLIGACIONES Y MI INFORMACIÓN COMERCIAL DISPONIBLE. SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO POR EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO A LA ASEGURADORA PARA ACCEDER A MIS HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS SOBRE MI ESTADO DE SALUD, Y A LOS MÉDICOS Y ENTIDADES HOSPITALARIAS PARA QUE SUMINISTREN A DICHA ASEGURADORA TALES DOCUMENTOS, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. DECLARO QUE DESARROLLO EN FORMA NORMAL MIS ACTIVIDADES, QUE MI PROFESIÓN U OFICIO SON LÍCITOS Y QUE NO TENGO NI HE TENIDO AMENAZA DE SECUESTRO O EN CONTRA DE MI INTEGRIDAD PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS. DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO A QUE ACCEDE ESTA SOLICITUD.

C.C

INDICE DERECHO

El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el Seguro de Vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del seguro.

RETIRO SOLO PARA LA HOJA ORIGINAL



Espacio para Verificación de la Información

Nombre de quien verifica _____

Firma _____

Lugar de entrevista o visita

Oficina

Residencia

Otro

Ciudad _____

Fecha _____

Hora _____

Resultado de la entrevista o visita _____
