

Solicitante: \_\_\_\_\_

## 1. Datos del Asegurado Propuesto

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Cédula  Pasaporte

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_ Sueldo Básico Mes: \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Estado Civil: Soltero  Divorciado  Viudo  Casado  U/Libre

Fecha de ingreso a la empresa: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Información para pago de reclamos

Banco: \_\_\_\_\_

Cuenta Corriente No.: \_\_\_\_\_

Cuenta de Ahorros No.: \_\_\_\_\_

## 2. Beneficiarios para el Seguro de Vida

Apellidos	Nombres	Parentesco	Porcentaje

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Propuesto

### 3. Declaración de Salud

Ha sido diagnosticado usted con alguna de las siguientes enfermedades, esta recibiendo actualmente o ha recibido alguna vez tratamiento para dicha condición? \_\_\_\_\_

SI    NO

- a) Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinólogos o genito-urinario, diabetes, hipertensión, trastornos de las arterias coronarias, problemas cardíacos o del sistema cardíaco de conducción, trastorno del sistema circulatorio, del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre, problemas con la columna vertebral y/o l0s discos intervertebrales. \_\_\_\_\_
- b) Cualquier tipo de quistes, tumores o cáncer? \_\_\_\_\_
- c) Síndrome de inmuno deficiencia adquirida o complejo relacionado con el sida? \_\_\_\_\_
- d) ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica. hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo; o han sido pacientes de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? \_\_\_\_\_
- e) ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente? \_\_\_\_\_
- f) ¿Está embarazada actualmente? (Solo asegurada) \_\_\_\_\_    
Indique cuántas semanas \_\_\_\_\_
- g) ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente? \_\_\_\_\_

En caso de haber respuestas afirmativas, favor ampliar la información de acuerdo a lo solicitado en el siguiente casillero.

### 4. Detalle de las respuestas afirmativas

Nombre de la Persona	Fecha de Inicio	Diagnóstico y tratamiento	Lugar del tratamiento médico que aplicó tratamiento

IMPORTANTE: LAS CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS SE ENCUENTRAN EXCLUÍDAS DE COBERTURA.

Fecha: (ciudad) \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Propuesto