

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