

# SEGURO DE VIDA GRUPO

## Solicitud individual de Seguro

<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO</b>				<b>PÓLIZA NO.</b>			
Ingreso <input type="checkbox"/>				Incremento de valor asegurado <input type="checkbox"/>		Asegurado principal <input type="checkbox"/>	
Familiar asegurado principal <input type="checkbox"/>							
<b>RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD TOMADORA</b>						<b>CC O NIT</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE DEL SEGURO</b>				<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>		<b>NO. DE DOCUMENTO</b>	
CC <input type="checkbox"/>				CE <input type="checkbox"/>		NUIP <input type="checkbox"/>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>DIRECCIÓN PARTICULAR</b>		<b>TELÉFONO</b>		<b>CIUDAD</b>	
<b>VALOR ASEGURADO ACTUAL</b>		<b>SOLICITUD DE INCREMENTO DE VALOR ASEGURADO A</b>		<b>SEXO</b>		<b>ESTATURA</b>	
F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/>		Mts.			
<b>PESO</b>		<b>OCUPACIÓN ACTUAL DETALLADA</b>		<b>DEPORTES QUE PRACTICA</b>			
Kgs.							

\* CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; NUIP: Número Único de Identificación Personal.

### BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN

### 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**:

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	Tragos semanales
Pulmonares <input type="checkbox"/>	Artitris <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>	5 o menos <input type="checkbox"/>	5 o menos <input type="checkbox"/>
Renales <input type="checkbox"/>	Sida <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	6 a 20 <input type="checkbox"/>	6 a 20 <input type="checkbox"/>
			21 o más <input type="checkbox"/>	21 o más <input type="checkbox"/>
			Otra enfermedad <input type="checkbox"/>	¿Cuál?

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

ENFERMEDAD	AÑO DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO

### 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 ELLAS ESTRICTAMENTE CON LA REALIDAD, EL SEGURO OTORGADO QUEDARÁ VICIADO DE NULIDAD EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. AUTORIZO A LA ASEGURADORA Y AL CORREDOR DE SEGUROS PARA QUE SE USE, CONSULTE Y/O REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN DE RIESGOS, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A MIS HÁBITOS DE PAGO, AL CUMPLIMIENTO QUE HE DADO A MIS OBLIGACIONES Y MI INFORMACIÓN COMERCIAL DISPONIBLE. SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO POR EL ARTÍCULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO A LA ASEGURADORA Y AL CORREDOR DE SEGUROS 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 Y AL CORREDOR DE SEGUROS TALES DOCUMENTOS, AÚN 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.

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

No. documento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

