

SOLICITUD DE SEGURO

Vida Grupo Grupo Deudores Grupo Directivos Grupo Aportes Protección Familiar Plan A Plan B Plan C

Póliza N°.		Ciudad		Fecha DD / MM / AA	Crédito N°.
Tomador					C.C. o NIT.
Dirección			Ciudad		Teléfono
Asegurado principal					C.C. o NIT.
Fecha de nacimiento DD / MM / AA	Ocupación		Cargo que ocupa		Valor asegurado
Estado civil	Peso (Kg)	Estatura (Mt)	¿Esta usted trabajando normalmente?		

Escriba el nombre de los beneficiarios de este seguro y su respectivo porcentaje

Nombre y apellido	Parentesco	Edad	Porcentaje (%)

* Si es póliza de vida seguro Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia de la reticencia o la falsedad deja sin efecto el seguro, así como de que éste se otorga a las personas del salud normal, doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Por favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 6. CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 7. ALCOHOLISMO | <input type="checkbox"/> |
| 3. CÁNCER | <input type="checkbox"/> | 8. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES | <input type="checkbox"/> | 9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA | <input type="checkbox"/> | 10. ENFERMEADES CONGÉNITAS | <input type="checkbox"/> |
| | | 11. ENFERMEADES DEL COLÁGENO | <input type="checkbox"/> |

En caso de contestar sí a alguna de las preguntas o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción por favor explicar detalladamente:

En caso de haber contestado no a las anteriores preguntas, declaro y afirmo:

Como asegurado principal garantizo que en este documento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no he padecido ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, sida, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro.

Asi mismo autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario del hospital o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C. sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso de seguro de protección familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud, (solamente a cónyuge e hijos) Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta Declaración.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma asegurado _____



DOCUMENTO EN BLANCO