

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



Nit. 860.524.654-6

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	CÓDIGO PPE	NÚMERO DE PÓLIZA
---	---------------------------------------	------------	------------------

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT No. _____	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres)		
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO/FAX	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX	NACIONALIDAD
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	SEXO M F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE	
PESO KG	ESTATURA M	DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/>	AMBIDESTRO <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN DETALLADA		VALOR ASEGURADO \$	INGRESOS MENSUALES \$

TIPO DE CONTRATO
 TERMINO FIJO INFERIOR A 1 AÑO
 TERMINO FIJO SUPERIOR A 1 AÑO
 POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS
 VERBAL
 TERMINO INDEFINIDO
 DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN
 OTRO CUAL? _____

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:

¿Maneja recursos públicos? SI NO
 ¿Tiene reconocimiento público? SI NO
 ¿Ejerce algún grado de poder público? SI NO

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

Corazón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Presión arterial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Riñones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Siquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO ¿Cuál? _____

3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN

FIRMA Y HUELLA

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE:

- NO POSEO POLIZAS DE SEGUROS VIGENTES CON EXTRAPRIMAS.
- NO HE SIDO RECHAZADO POR NINGUNA COMPAÑIA ASEGURADORA EN EL MOMENTO DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO.
- TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESIÓN U OFICIO DECLARADAS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON LICITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y NO PRACTICO AFICIONES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. LOS DINEROS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DE SEGUROS NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
- LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN DESCRITAS, POR TANTO LA FALSEAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELAS TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO O EN LA CLÁUSULA DE IRREDUCTIBILIDAD DE ESTA PÓLIZA.
- AUTORIZO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA EN FORMA EXPRESA, PARA REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR, SUMINISTRAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS TODO LO RELATIVO A LA INFORMACIÓN COMERCIAL DE QUE DISPONGA; ADEMÁS AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (MÉDICOS, EPS, IPS, ETC) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA TODA LA INFORMACIÓN QUE ELA CONSIDERE NECESARIA, RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD Y QUE SOLICITE EN CUALQUIER TIEMPO, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. ESTA AUTORIZACIÓN, COMPRENDE IGUALMENTE, LA POSIBILIDAD DE OBTENER COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A

LOS _____ DÍAS DEL MES _____ DEL AÑO _____ EN LA CIUDAD DE _____

NOMBRE _____

HUELLA/DIPE DEFECTO

GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES GL-17 VERSIÓN 2.0. 24-10-2007