



Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad contenida en el presente certificado.

Fecha de diligenciamiento		Ingreso		Asegurado principal		Póliza N°	
D	M	A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiar asegurado principal	
Razón Social de la Entidad Tomadora				Incremento de valor asegurado			
Nombre Solicitante del Seguro		Primer Apellido		Segundo Apellido		C.C o Nit	
Dirección Particular		Teléfono		Ciudad		Fecha de Nacimiento	
Sexo	Estatura	Peso	Occupación actual detallada	Valor Asegurado Actual		Solicitud de Incremento de valor asegurado a	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Mts.	Kgs.		C.C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	N° de Documento		Deportes que practica

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	N° Documento de identidad	% Participación	Parentesco

Marque X

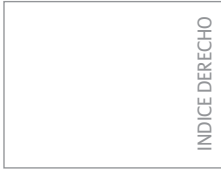
Yo, el abajo firmante, declaro que:
() En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.
() Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con X:

- Mentales-psiquiátricas
- Gastrointestinales
- Cerebrovasculares
- Pulmonares
- Renales
- Drogadicción
- Hipertensión Arterial
- Cáncer
- Diabetes
- Tabaquismo
- Cigarrillos Diarios
- 5 ó menos
- 6 a 20
- Alcoholismo
- Tragos semanales
- 5 ó menos
- 6 a 20

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

Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento
Enfermedad	Año diagnóstico	Tratamiento

Firma y Huella Solicitante del Seguro



INDICE DERECHO

C.C

*En caso de no haber marcado ninguna de la enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

DECLARO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO 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 ELAS ESTRUCTIVAMENTE CON LA REALIDAD, EL SEGURO OTORGADO QUEDARÁ VICIADO DE NULLIDAD EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AUTORIZO A LA ASEGURADORA PARA QUE LE CONSULTE Y/O REPORTE A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN DE RESGOS, CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A MIS HÁBITOS DE PAGO, AL CUMPLIMIENTO QUE SE HEDADO A MIS OBLIGACIONES Y MINFORMACIÓN COMERCIAL DISPONIBLE SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO POR EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO A LA ASEGURADORA 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 TALES DOCUMENTOS, AUN 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 A CEDE 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 si 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.