

SEGURO COLECTIVO DE VIDA TARJETA DE ENROLAMIENTO

CONTRATANTE _____

DATOS DEL ASEGURADO

A) NOMBRES COMPLETOS: _____

APELLIDO PATERNO : _____ APELLIDO MATERNO: _____

B) CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

C) CIUDAD: _____

D) FECHA DE NACIMIENTO: _____

E) ESTADO CIVIL : _____

F) SEXO: M _____ F _____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

SUELDO BÁSICO MES: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

G) INFORMACIÓN PARA PAGO DE RECLAMOS

BANCO: _____

CUENTA CORRIENTE No.: _____

CUENTA DE AHORROS No.: _____

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJE

CONTRATANTE

ASEGURADO

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?

- 1.- 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 LOS DISCOS INTERVERTEBRALES. SI NO
- 2.- CUALQUIER TIPO DE QUISTES, TUMORES O CÁNCER ? SI NO
- 3.- ¿ SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA O COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA ? SI NO
- 4.- ¿ 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 ? SI NO
- 5.- ¿ LE HAN RECHAZADO O ACEPTADO EN CONDICIONES ESPECIALES ALGUNA SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SALUD, VIDA O ACCIDENTE ? SI NO
- 6.- ¿ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE? (Sólo asegurada). SI NO
Indique cuántas semanas de gestación: _____
- 7.- HA SIDO DIAGNOSTICADO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O ACCIDENTE SI NO

En caso de haber respuestas afirmativas, favor ampliar la información de acuerdo a lo solicitado en el siguiente casillero

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 EXCLUIDAS DE COBERTURA.

FECHA: _____

ASEGURADO _____

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, asignó a la presente tarjeta el Registro No. 44140 el 31 de Mayo del 2017