

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO


 ASEGURADO PRINCIPAL

 ASEGURADO EXTENSIVO

NIT. 860.524.654-6

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

DATOS DEL TOMADOR				
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. <u>860 074 958 - 8</u>	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres) FONREGINAL			
DIRECCIÓN <u>Av. C11 26 No. 51 - 50</u>	TELÉFONO <u>324 24 05</u>	CIUDAD / MUNICIPIO <u>BOGOTÁ</u>	DEPARTAMENTO <u>CUNDINAMARCA</u>	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO				
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI 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 ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX	NACIONALIDAD	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA MES AÑO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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"/> UNIÓN LIBRE	
PESO KG	ESTATURA M	DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/> DEPORTES QUE PRACTICA	
OCUPACIÓN DETALLADA		VALOR ASEGURADO \$	INGRESOS MENSUALES \$	

TIPO DE CONTRATO	<input type="checkbox"/> TÉRMINO FIJO INFERIOR A 1 AÑO	<input type="checkbox"/> TÉRMINO FIJO SUPERIOR A 1 AÑO	<input type="checkbox"/> POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/> VERBAL	<input type="checkbox"/> TÉRMINO INDEFINIDO
<input type="checkbox"/> DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN <input type="checkbox"/> 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 ASEGURADO											
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____											

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO							
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

BENEFICIARIO BONO MENSUAL (Sólo anexo de vida Solicanasta)							
1.							

FIRMA Y HUELLA

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

- NO POSEO PÓLIZAS DE SEGUROS VIGENTES CON EXTRAPRIMAS.
- NO HE SIDO RECHAZADO POR NINGUNA COMPAÑÍA 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 VERDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN DESCRITAS, POR TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTICULOS 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 ME 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 ELLA 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 _____ FIRMA C.C. _____	HUELLA INDICE DERECHO _____
----------------------------------	-----------------------------

GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y METODOS SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO GL-02 VERSIÓN 3.0 01/02/2008