

# SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

CLASE DE VINCULACIÓN <b>ASEGURADO</b> <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 checked="" type="checkbox"/> NIT No. <b>860 074 958 - 8</b>	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres) <b>FONREGINAL</b>		
DIRECCIÓN <b>AV. CLL. 26 No. 51-50</b>	TELÉFONO <b>2 20 76 44</b>	CIUDAD / MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>	DEPARTAMENTO <b>CUNDINAMARCA</b>

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
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX
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"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <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											
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: _____											

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:		
1. NO POSEO PÓLIZAS DE SEGUROS VIGENTES CON EXTRAPRIMAS.		
2. NO HE SIDO RECHAZADO POR NINGUNA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN EL MOMENTO DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO.		
3. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESIÓN U OFICIO DECLARADAS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON LÍCITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y NO PRACTICO AFICCIONES 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.		
4. 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 ELAS TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO O EN LA CLÁUSULA DE IRREDUCTIBILIDAD DE ESTA PÓLIZA.		
5. 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 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 MÉTODOS SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES GL-17 VERSIÓN 2.0, 24-10-2007