

FORMATO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. DATOS GENERALES

PÓLIZA	NIT	TOMADOR	VALOR SOLICITUD VIDA
--------	-----	---------	----------------------

2. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES			Tipo Identificación			Nro. Identificación		
FECHA NACIMIENTO AAAA MM DD			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		ESTATURA		PESO (Kg)		PROFESIÓN/OCUPACIÓN			ESTADO CIVIL CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA						CIUDAD			TELÉFONO/CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO		

3. DATOS DE BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOC DE IDENTIDAD	%	PARENTESCO	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

4. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

TE SOLICITAMOS CONTESTAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO NI LLENARLOS CON GUIONES. SI HAY CORRECCIONES O ENMENDADURAS, SÍRVASE VALIDARLAS CON SU FIRMA

a) ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, cirugía arteri coronaria, trasplante de órganos vitales, quemaduras graves, estado de coma, anemia aplásica, traumatismo mayor de cabeza, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson arritmias, hipertensión arterial, colesterol (tratado con medicamentos), triglicéridos (tratados con medicamentos) derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (EEPOC), bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, sida o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, colitis, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica; sufre de alguna otra enfermedad(es) o consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación?

NO ☐ SI ☐ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad te encuentras en algún tratamiento o estudio médico o sabes si serás hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?

NO ☐ SI ☐ ¿CUÁL \_\_\_\_\_

En caso que usted deba contestar positivamente alguna de las preguntas de los numerales a, y b debes diligenciar la siguiente información

Nombre del médico Tratante	Nombre de la institución médica	Fecha de la consulta	Causa

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. El Valor Asegurado para cada deudor es el valor inicial del crédito o monto inicial de las obligaciones financieras contraídas. Certifico que soy consciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Nro. Identificación del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha diligenciamiento

\_\_\_\_\_  
Huella