



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo deudores Protección Familiar
 Grupo Aportes Grupo Directivos Plan A B C

TOMADOR			C.C. O NIT
DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	
ASEGURADO PRINCIPAL			C.C. O NIT
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	CARGO QUE OCUPA	VALOR ASEGURADO
ESTADO CIVIL	PESO (Kg)	ESTATURA (Mts)	ESTA UD. TRABAJANDO NORMALMENTE?
Para protección familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre			

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
 Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como de que este se otorga a las personas de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 8 CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> |
| 2 AFECCIONES CEREBROVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 9 ALCOHOLISMO | <input type="checkbox"/> |
| 3 CANCER | <input type="checkbox"/> | 10 TABAQUISMO / DROGADICCIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 4 DIABETES | <input type="checkbox"/> | 11 HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> |
| 5 VIH POSITIVO / SIDA | <input type="checkbox"/> | 12 ENFERMEDADES CONGÉNITAS | <input type="checkbox"/> |
| 6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 13 ENFERMEDADES DEL COLÁGENO | <input type="checkbox"/> |
| 7 EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRONICA | <input type="checkbox"/> | 14 ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clinica . Esta autorización se hace extensiva aún despues de mi fallecimiento
 En caso de seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (conyuge e hijos), los padres deben diligenciar cada uno por seprado esta declaración.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____



FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si No

Nombre y firma de quien autoriza _____