



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN
AL SEGURO DE VIDA GRUPO**

GRUPO

DEUDORES

NIT. 860.009.174-4

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma

PÓLIZA		FECHA DE SOLICITUD		DÍA	MES	AÑO	
TOMADOR				C.C. o NIT.			
DIRECCIÓN					CIUDAD		
DATOS DEL SOLICITANTE							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
OCUPACIÓN DETALLADA				FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
				D D M M A A A A		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN			TEL..	INGRESOS MENSUALES		VALOR ASEGURADO	
				\$		\$	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

"La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"

1. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<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"/>
									Infeción por V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?

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?

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores dar detalles _____

4. Peso (Kg) Estatura (Mts)

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.

DATOS DEL BENEFICIARIO

SI ES PÓLIZA DE DEUDORES EL BENEFICIARIO SERA EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA

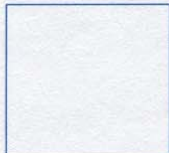
DATOS DEL BENEFICIARIO VOLUNTARIOS

NOMBRES DE LOS BENEFICIARIOS	%	PARENTESCO

IMPORTANTE
GARRANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SINO HASTA QUE SE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS. ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.
ASÍ MISMO FACULTO A **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, PARA CONSULTAR LAS BASES DE DATOS DE SEGUROS DE PERSONAS RELATIVAS A RIESGOS E INDEMNIZACIONES, AL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CREDITICIAS Y A LAS DEMÁS QUE PERMITAN UN CONOCIMIENTO ADECUADO DEL ASEGURADO. ASÍ MISMO LA FACULTAD PARA QUE INFORME A ESAS MISMAS BASES DE DATOS LOS ASPECTOS QUE LA COMPAÑÍA CONSIDERE PERTINENTES EN LA RELACIÓN CON EL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO O QUE VAYAA CELEBRAR.

YO, _____ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO EN EL PRESENTE DOCUMENTO A NOMBRE PROPIO MEDIANTE EL SIGUIENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIENDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LAS ACOMPAÑAN QUE HACIENDO USO DE DICHA PRORROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN, EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., LE SEA SUMINISTRADA SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE ME SUMINISTRAN EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MEDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTAS ETC...

HUELLA INDICE
DERECHO
ASEGURADO



FIRMA DEL SOLICITANTE _____
C.C. No. _____ DE _____