

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Número de Póliza:	Número del Certificado:	Vigencia
Contratante: _____		
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:		
Nombre _____		
1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de casada
Nombres _____		
DPI _____	NIT _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____		
Teléfono: _____		E-mail: _____

INFORMACION DEL ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTES (SI SE DESEA COBERTURA PARA ELLOS)				
Nombre Completo	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento
Asegurado titular:				
Cónyuge:				
Hijos:				

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR		
Expresamente nombro como beneficiarios de los beneficios de la Póliza Colectiva a:		
Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

¿Ha sufrido alguna vez de diabetes, enfermedades al riñón, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, enfermedades coronarias y soplos cardíacos, arritmias, obesidad con un IMC > 35 (peso/ estatura), enfermedades del pulmón, cáncer, hepatitis (excepto la A), enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, enfermedades hematológicas como leucemia, linfoma, anemia (excepto por falta de hierro), desordenes nerviosos o mentales, SIDA, síndrome de Down y enfermedades neurológicas como accidentes vasculares cerebrales, epilepsia y enfermedad de Alzheimer? _____

SI NO En caso afirmativo, dé detalles: _____

¿A su leal saber y entender, se encuentra ahora en buen estado de salud y libre de todo impedimento o deformidad física? SI NO

En caso negativo dé detalles: _____

Indique enfermedades que ha padecido recientemente _____

¿Incluye en su rutina diaria, ocupación o pasatiempos alguna actividad o deporte peligroso?
SI NO Especifique: _____

Expresamente declaro que la información anteriormente es verídica al momento de firmar el presente consentimiento, el cual se origina de mi solicitud para adherir a la Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes personales arriba identificada. Asimismo, expresamente manifiesto que acepto la adhesión a la póliza en los términos y condiciones que se hacen constar en el Certificado Individual de Seguro.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____

Firma del Solicitante: _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 273-2015 del 20 de marzo del 2015.