



N° Inscripción Vida _____

N° Inscripción GM _____

**SOLICITUD PARA INSCRIPCION
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO-HOSPITALARIO**

Contratante: _____ N° Póliza: _____

INFORMACION DEL SOLICITANTENombre del Solicitante: _____
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo NombreFecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Estado Civil: _____
Día Mes Año

DUI _____ NIT _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

INFORMACION DEL SEGUROa) Cobertura de Gastos Médicos: Empleado SI NO Dependientes: SI NO

b) Cargo que desempeña: _____ c) Sueldo Mensual \$ _____

(Solo si la Suma Asegurada es en base a este)

d) Fecha de Vigencia: _____

Suma Asegurada

Seguro	Categoría o Clase	Seguro Básico	Seguro Opcional
Colectivo de Vida			
Médico - Hospitalario			

Designación de Beneficiarios para el Seguro de Vida

Nombre completo	Fecha de Nac.	Parentesco	Porcentaje

Dependientes elegibles para Seguro Medico - Hospitalario

Nombre completo	Fecha de Nac.	Parentesco	Peso	Estatura
Cónyuge:				
Hijos:				

DECLARACION DE SALUD PARA LA APRECIACION DEL RIESGO

Para el Seguro Colectivo de Vida las siguientes preguntas son exclusivamente para el Asegurado Titular. Para el Seguro Médico – Hospitalario se solicita información del Asegurado titular y de su Grupo Familiar.

a) Estatura del Asegurado Titular: _____ m. b) Peso del Asegurado Titular: _____ lb.
c) ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a **asegurar** padecen o han padecido alguna enfermedad o lesión importante?

SI NO En caso afirmativo explicar quién(es), padecimientos y fechas: _____

d) ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a **asegurar** se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico?

SI NO

En caso afirmativo explicar quién(es) y padecimiento tratado: _____

e) ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a **asegurar** han estado internados en algún hospital para diagnóstico o tratamiento médico en los últimos 5 años? SI NO En caso afirmativo indicar padecimiento, nombre del afectado y fecha del evento.

f) ¿A usted o algún miembro de su grupo familiar a **asegurar** le han hecho estudios con rayos-X u otros estudios especiales para diagnóstico en el último año? SI NO En caso afirmativo, indicar tipo de estudio, persona afectada, fecha y razón del estudio:

g) ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar a **asegurar** se ha sometido a intervenciones quirúrgicas en los últimos cinco años? SI NO En caso afirmativo indicar: persona afectada, enfermedad tratada, tipo de cirugía y fecha: _____

Conteste "SI" o "NO" si usted o alguno de los miembros de su grupo familiar a **asegurar** padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> | f) Enfermedades osteoarticulares | <input type="checkbox"/> |
| b) Enfermedades del Riñón o la Vejiga | <input type="checkbox"/> | g) Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| c) Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> | h) Cáncer o tumores | <input type="checkbox"/> |
| d) Enfermedades del cerebro, convulsiones | <input type="checkbox"/> | i) SIDA ó infección VIH | <input type="checkbox"/> |
| e) Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> | j) Enfermedades del sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> |
| | | Otras enfermedades _____ | |

En caso de que alguna de las respuestas sea afirmativa, especifique el miembro del grupo familiar, el padecimiento y la fecha del tratamiento:

En mi calidad de solicitante del seguro, hago constar que la información que figura en esta solicitud y en la Declaración de salud para la apreciación del riesgo, que forman parte de la misma, la he dado personalmente, es verdadera y completa. Convengo en que la veracidad de tales datos y respuestas constituyan la base para la emisión del seguro que solicito; en caso contrario, dicho seguro carecerá de validez y será nulo. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio, aseguradora, para que proporcione a Aseguradora Agrícola Comercial, S. A., la información que esta requiera en relación al seguro que solicito.

En testimonio de lo cual firmo esta solicitud en _____, _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Por el Contratante (sello y firma)

Espacio para uso exclusivo de Aseguradora Agrícola Comercial, S.A.

Resolución: _____

Firma

Fecha