

Sucursal	Fecha		
	Día	Mes	Año
Ramo	Póliza		

Favor diligenciar este formato en letra impresa

TOMADOR

Entidad Contratante		NIT.
E-mail		Celular
Dirección	Ciudad	Teléfono

ASEGURADO

Nombres y Apellidos		Cédula de Ciudadanía número	Fecha de Nacimiento	
			Día	Mes
			Año	
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña	
Dirección Residencia		Ciudad	Departamento	Teléfono
				Celular
Peso aproximado en Kilogramos.	Estatura	Valor Asegurado Solicitado		
		S		

SEGURO DE VIDA VIGENTE O EN TRAMITE QUE TIENE EL SOLICITANTE

Compañía	Ramo - No. Póliza	Valor Asegurado o Solicitado	Amparos Adicionales	Año Expedición

AMPAROS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	
ENFERMEDADES GRAVES	
AUXILIO FUNERARIO	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

- Ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, o lesión, o incapacidad relacionada con lo siguiente: Trastornos cardiovasculares, o trastornos renales, o tensión arterial alta, o derrames cerebrales, o cáncer, o leucemia, o diabetes, o epilepsia, o asma, o trastornos inmunológico, o padecimientos con el SIDA, o tumores, o cálculos? SI
Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y fecha de su diagnóstico: _____ NO
- Según su leal saber y entender, conoce de la existencia de cualquier otra enfermedad, o trastorno, o estado patológico, o afección distinta a las mencionadas anteriormente? SI
En caso afirmativo, cuál? _____ NO
- Tiene alguna anomalía física o deformidad congénita de cualquier índole? SI
En caso afirmativo, suministre detalles: _____ NO
- Sólo para Mujeres.** Se encuentra en estado de embarazo ó sufre algún trastorno ginecológico? En caso afirmativo; número de semanas de gestación: _____ SI
_____ NO
- Alguna Compañía de Seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales? En caso afirmativo, suministrar detalles: _____ SI
_____ NO
- Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, por ejemplo: Paracaidismo, motociclismo, montañismo, a las Delta, aviación no comercial, ultralivianos, automovilismo, etc? SI
En caso afirmativo, mencione qué deporte y con qué frecuencia lo practica: _____ NO
- Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales? SI NO
- Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad? SI NO

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número Identificación	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%

