

Seguro Colectivo de Vida Formulario de Solicitud

Instrucciones: Completar a tinta, sin borrones, ni tachaduras, ni alteraciones de ningún tipo.

Datos relativos a la empresa

Nombre:			
Dirección:		Edificio:	
Número de Apartamento:	Sector/Barrio:	Ciudad:	
Teléfonos:	Fax:	Fecha de Ingreso al empleo:	

Datos del Solicitante

Nombres:		Apellidos:	
Cédula/ pasaporte:		Sexo:	M F
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Estado Civil:	Casado	Soltero	Unión Libre
Salario:	Ocupación:	Código de Empleado:	
Dirección:		Edificio:	
Número de Apartamento:	Sector/Barrio:	Ciudad:	
Teléfono Residencial:		Celular:	

Complete estas preguntas de salud. Proporcione fechas y detalles en las respuestas afirmativas.

Sí	No	Pregunta
		1. Tuvo la necesidad de consultar al médico en los últimos meses? a) Por qué motivo y con qué resultados? b) En caso afirmativo, nombre y dirección del médico.
		2. Ha estado interno en algún hospital, clínica, sanatorio o centro de salud? En caso afirmativo indicar cuándo y dónde.
		3. Ha recibido alguna transfusión sanguínea? En caso afirmativo indicar fecha.
		4. Ha padecido o padece alguna enfermedad, condición de salud, embarazo, lesión corporal, posee algún defecto físico o deformidad? En caso afirmativo dar detalle.
		5. Le ha sido practicada o aconsejada alguna operación quirúrgica? En caso afirmativo dar detalle.
		6. Usa usted o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas? En caso afirmativo indicar el nombre de la sustancia
		7. Está usted actualmente bajo algún tratamiento? En caso afirmativo indicar la causa y el nombre del medicamento
		8. Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indicar con qué frecuencia.
		9. Practica algún deporte? En caso afirmativo indicar cuál(es)
		10. Considera encontrarse en buen estado de salud?

Detalles:

Beneficiarios

Nombres	Apellidos	Parentesco	%

El abajo firmante deja constancia de que las contestaciones dadas en este cuestionario que servirán de base, a los fines de contratación de este seguro, son verídicas y completas. En caso de omisión o declaración inexacta la Compañía podría liberarse de su obligación de pagar la prestación asegurada.

Firma del Empleado

Fecha de Firma

