

**SOLICITUD DE INGRESO
SEGUO DE VIDA COLECTIVO**

F-SCP-01

DATOS LABORALES

Nombre de la Compañía		Póliza No.	
Plan	Certificado No.	Fecha de Ingreso al empleo Día / Mes / Año / /	
Salario Mensual:	Ocupación	Departamento	

DATOS GENERALES DEL EMPLEADO

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de Nacimiento <small>Día / Mes / Año</small>	
Dirección de residencia			Cédula / Pasaporte	Peso	Estatura
Teléfono residencia	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Nacionalidad	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

DECLARACION DE SALUD (Coloque en la casilla una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa).

¿Está usted actualmente embarazada (mujer)? En caso afirmativo indicar tiempo de gestación y si su embarazo transcurre normalmente	
¿Ha sufrido alguna vez de trastornos sanguíneos o falcemia, desórdenes nerviosos, enfermedades del corazón, del sistema respiratorio, diabetes, cáncer, tumores o quistes, enfermedades de los riñones, enfermedades o trastornos del hígado, úlceras, alta o baja presión arterial, trastornos endocrinos (glandulares), trastornos de los órganos femeninos (mujer), afecciones de la próstata (hombre)?	
¿Posee algún defecto físico, deformidad o ha padecido o padece de alguna enfermedad que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores?	

FAVOR INDIQUE LA SIGUIENTE INFORMACION SI HA CONTESTADO "SI" EN ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES

Diagnóstico y tratamiento	Nombre y dirección del médico tratante y hospital	Fecha

BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Cédula / Pasaporte	Parentesco	% Asignado

Yo convengo y entiendo:

La cobertura no será efectiva hasta que esta solicitud sea aprobada por la Compañía.
 Toda la información suministrada por mí, en esta declaración, y cualquier información dada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas, y deberán formar parte del contrato entre mi persona y la Compañía.
 La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el propósito de poder determinar mi asegurabilidad y la de cualquier miembro de mi familia bajo el plan por el cual estoy declarando. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.
 Autorizo a MAPFRE BHD Seguros a investigar y/o suministrar a los centros de información toda la información relacionada con mi historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de mi crédito con motivo de esta póliza.

Fecha: _____
Día / Mes / Año

 Firma del empleado