

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

ASESUISA VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS

Espacio	reservado	para la	Compañía
---------	-----------	---------	----------

Solicitud No._____

I. Información	n del Contratante y el A	Asegurado)										
Póliza No. VC		e del Cont											
Nombre del Asegurado Principal:								Fecha	de Nacimiento	Edad	Sexo		
Estado Civil	Fecha de Ingreso a la E	Empresa				Tipo de Identifica							
				\$				□ DUI □ Carné d	le Reside	ncia 🗆 Pasapor	te		
Dirección Resid	lencia		Departamento)	Profesión y/u Ocupa	pación Correo electrónico		trónico	Teléfono		Celular	Celular	
Seguro Opcion	al: Si 🗆 No 🗀 u otro	Asegura	do: Si 🗆 No 🏾										
	Asegurado (Opcional):						Pa	arentesco	Fecha	de Nacimiento	Edad	Sexo	
D: :/ D :				-		D 0 14		(7 1 6 1					
Dirección Resid	lencia			Depa	rtamento	Profesión	y/u Ocupació	ón Estado Civil		No. NIT			
II. Datos del S	Seguro – Asegurado Pri							'		'			
Cobertura Bás	ica		Asegurado US\$		Prima US\$	Cobert	Cobertura Opcional		Valor Asegurado				
Vida			USÞ			Vida	Vida		US\$		US\$		
Coberturas Op	ocionales	Valor Asegurado US\$		Prima US\$		uras Opcion	ales	Valor Asegurado US\$		Prima US\$			
Invalidez Total	y Permanente					Enferm	edades Grave	es					
Exención del pa	0 1					Bono P	lus						
Muerte Accider	*					Renta p	or Hospitaliz	ación					
Desmembramie	ento					Gastos	Funerarios						
Datos del Segu	ro – Seguro Opcional: S	Si 🗆 No	u otro Aseg	urado:	Si 🗆 No 🗆								
Cobertura Bás		Valor Asegurado US\$		Prima US\$	Cobert	Cobertura Opcional		Va	Valor Asegurado US\$		Prima US\$		
Vida						Vida							
Coberturas Op	ocionales	Valor Asegurado US\$		Prima US\$	Cobert	Coberturas Opcionales		Valor Asegurado US\$			rima US\$		
Invalidez Total	-					Enfermedades Graves							
Exención del pa					Bono P	Bono Plus							
Desmembramie	Muerte Accidental y Desmembramiento			Renta por Hospitalización									
Desiremental desirements and the second seco			Gastos Funerarios										
	ios (Nombre Completo y												
Beneficiarios de	el Asegurado principal:	Si No			1								
Nombres			1er Apellid	2do Apellido		Apellido	Parentesco		* Distri				
Beneficiarios de	el asegurado principal de	e la Suma	Asegurada Op	cional:	Si 🗆 No 🗀 u otro A	segurado: S	Si 🗆 No 🗆						
	Nombres		8		1er Apellid			Apellido	P	arentesco	* Distri		
Nombres			Tel Apellido		200 Apenido		Tarenteseo		9	%			
	orcentajes asignados a cada	a beneficiari	o debe ser igual	a 100%	·								
IV. Declaració													
1. Señale si pad	ece, ha padecido o le ha	n diagnost	icado alguna d	e las si	guientes enfermedade	s o síntoma	S						
	s del corazón Enferr												
	n la respiración Enferm						aparato resp	piratorio 🗀 Cânce	er 🗀 (Tu	iberculosis 🗀	Tumores	☐ Tos	
	egurado Titular						Titular:	Lbs. Otro A	segurad	DLbs	.)		
2.¿Ha estado en	n tratamiento con algún l	Médico, H	lospital o Clíni	ca? Sí	No Explique:								

3. Si la respuesta para alguna d	e las dos preguntas que anteceden es	afirmativa, indique:						
Nombre de la persona	Enfermedad	Nombre del medico	Institución Médica	Tratamientos	Fecha 1era Consulta	Fecha última Consulta		
4. ¿Se le ha rechazado, cancelado, diferido, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida o accidentes o enfermedades, o negada su rehabilitación? Sí 🗆 No 🗇 (Detalle el motivo)								
V. Autorizaciones y Aceptac	ciones.							
 Convengo que la presente Solicitud y los datos proporcionados en ella, son parte y constituyen la base del Contrato de Seguro y acepto las condiciones de la Póliza correspondiente. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y completos (con excepción de la declaración de edad, que siempre quedará sujeta a comprobación en los términos establecidos en la Póliza). Además, convengo en que la Compañía tenga el derecho de: rebajar el importe del Seguro que he solicitado, someterme a examen médico, examen de laboratorio, rayos X, electrocardiograma o cualquier otro examen médico que dicha Compañía me indique; o bien, rechazar mi solicitud, no teniendo la Compañía obligación alguna de dar explicaciones en caso de que ejerza cualquiera de estos derechos. En caso de que el Seguro bajo esta Póliza exija contribuciones de parte de los asegurados, autorizo a mi patrono para hacer las deducciones de mi sueldo para cubrir el importe de la prima de este Seguro en la forma estipulada, reservándome el derecho de revocar esta autorización mediante aviso escrito. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución o persona que me haya asistido o reconocido, o que pudiera asistirme o reconocerme en el futuro, para revelar a ASESUISA VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS., a su solicitud, cualquier dato o información que hubiere obtenido por ese medio. 								
En testimonio de lo cual, firm	o esta Solicitud en la ciudad de		el día	de	de			

Firma del Asegurado Principal

Firma y Sello del Contratante

Firma de otro Asegurado