

# SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN AL SEGURO DE VIDA GRUPO

 GRUPO  DEUDORES INICIACIÓN  MODIFICACIÓN 
**IMPORTANTE:** Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA <input checked="" type="checkbox"/>	MES <input checked="" type="checkbox"/>	AÑO <input checked="" type="checkbox"/>	CIUDAD <input checked="" type="checkbox"/>	SUCURSAL <input checked="" type="checkbox"/>	No FORMULARIO <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------	---	---	---	--	--	---

EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO. SI TRANSCURRIDO EL TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA

**DATOS DEL TOMADOR**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____	

**DATOS DEL SOLICITANTE**

APELLIDOS		NOMBRES			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CASADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO				
INGRESOS MENSUALES	ESTATURA	PESO	PROFESIÓN		
OCUPACIÓN DETALLADA:					

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

VALOR ASEGURADO	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES	AUXILIO FUNERARIO	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

**INFORMACIÓN DEL CRÉDITO**

NÚMERO DE CRÉDITO	VALOR ASEGURADO INICIAL O VALOR DE PRÉSTAMO INICIAL	PLAZO DEL CRÉDITO
SOLICITUD INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO A:	VALOR DE PRIMA	

 En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) SI  NO   
 especifique \_\_\_\_\_

 Las actividades a las que se dedica son lícitas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? SI  NO   
 en caso negativo especifique: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

 Consume actualmente algún medicamento SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

A que EPS e IPS está afiliado. EPS \_\_\_\_\_ IPS \_\_\_\_\_

Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia?

 SI  NO  En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia. \_\_\_\_\_

¿HA PADECIDO O SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, DILIGENCIE LOS CUADROS COMPLEMENTARIOS)

TIPO DE ENFERMEDAD	SI	NO	FECHA DE APARICIÓN OCURRENCIA O PRÁCTICA	CUAL ENFERMEDAD / TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL
CARDIACA O VASCULAR					
HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
PULMONARES, ASMA, TUBERCULOSIS					
DIGESTIVAS (ÚLCERAS, PÓLIPOS, QUISTES, HERNIAS, COLON)					
RENALES Y/O GENITOURINARIAS (PRÓSTATA, TESTÍCULOS, ÚTERO, OVARIOS, TROMPAS DE FALOPIO).					
ENFERMEDADES HEPÁTICAS (HIGADO, PÁNCREAS)					
ENFERMEDADES VENÉREAS					
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, REUMATISMO, ARTRITIS					
MENTALES ( TRASTORNO BIPOLAR, ALZHEIMER, DEPRESIÓN)					
NERVIOSAS ( EPILEPSIA, TRASTORNOS EMOCIONALES)					
DIABETES MELLITUS					
CÁNCER U OTROS TUMORES					
CEREBRO VASCULAR					
SIDA / VIH					
¿LE HA OCURRIDO ACCIDENTES O LESIONES GRAVES?					
DEFORMIDADES O MALFORMACIONES					
OTRAS ENFERMEDADES NO DESCRITAS ANTERIORMENTE					
¿HA TENIDO, O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ENFERMEDADES, ACCIDENTES O LESIONES QUE HAYAN TENIDO QUE SER TRATADAS MÉDICAMENTE O QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABE SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?					
¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON TRASTORNOS MENTALES O ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?					
¿HA SIDO HOSPITALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?					
¿SE HA SOMETIDO A CIRUGÍAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?					
¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA CIRUGÍA?					
(MUJERES) ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO?			¿MES ESPERADO DE PARTO?		
(MUJERES) ¿COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS U OBSTÉTRICAS?			¿CUÁL?		
(MUJERES) ¿HA TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES?			¿HA TENIDO COMPLICACIONES EN ESOS EMBARAZOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL?		

