

Solicitud de Inscripción Seguro Colectivo



Fecha solicitud: ___/___/___

Por favor completar en letra legible

Seguro de Vida		Médico Hospitalario		Accidentes Personales	
Suma asegurada o plan		Suma asegurada o plan		Suma asegurada o plan	
Certificado	Póliza	Certificado	Póliza	Certificado	Póliza

Vigencia	Contratante	Filial o División
----------	-------------	-------------------

Datos del asegurado					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Apellido de casada	Cédula / Pasaporte		Edad	Sexo (M / F)	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil	Profesión u ocupación	Estatura (Mts / Pies)	Peso (Kgs / Lbs)
Cargo que desempeña	Sueldo	Fecha de ingreso	E-mail		
Dirección residencial			Teléfono	Celular	
Es usted una persona políticamente expuesta?		Indicar cargo actual o anterior			

Autorización de pago de reclamaciones		
Nombre de la cuenta	E-mail para envío de liquidaciones	
No. de cuenta	Nombre del banco	Tipo de cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>

Datos de los dependientes para el Seguro Médico Hospitalario						
1	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
2	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / Pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
3	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
4	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)
5	Nombre			Fecha de nacimiento	Estatura (mts / pies)	Peso (kgs / lbs)
	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Profesión u ocupación	Edad	Sexo (M / F)

Beneficiarios principales para el Seguro de Vida y/o Accidentes Personales (la suma de los porcentajes debe ser el 100%)			
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Beneficiarios contingentes para el Seguro de Vida y/o Accidentes Personales (la suma de los porcentajes debe ser el 100%)			
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Nombre del administrador, en caso de beneficiarios menores de edad			
Nombre	Cédula / Pasaporte	Parentesco	Porcentaje

Si no hubiere ningún beneficiario con vida, la indemnización se hará a los herederos legales. El pago correspondiente lo realizará LA COMPAÑIA una vez los herederos legales hagan valer su derecho notificando tal situación por escrito en las oficinas de LA COMPAÑIA y presentando ante la misma la sentencia en firme del tribunal competente

Información adicional				
a) Ha tenido usted o alguno de sus dependientes algún seguro similar al que esta solicitando? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Quién?	Qué seguro?	Con qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento
b) Usted o alguno de sus dependientes fuma, consume bebidas alcohólicas o drogas estupefacientes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Quién?	Qué consume?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?
c) Práctica usted o alguno de sus dependientes algún deporte o actividad que pueda ser considerada de alto riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Quién?	Qué actividad?	Con qué frecuencia?	Desde cuándo?	Hasta cuándo?

