

**SOLICITUD SEGURO DE VIDA
RAMO VIDA**



Nº DE SOLICITUD

DATOS DEL SOLICITANTE / ASEGURADO

Primer apellido:	Segundo apellido:	Apellido de casada (si aplica):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Sexo:	Estado Civil:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento (d/m/a):	NIT:	Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento de identificación:	Número DPI:	Teléfono / Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección particular completa (calle o avenida, nº de casa, colonia, sector, lote, manzana, zona, municipio y departamento):			Teléfono:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Nombre de la empresa donde labora:	Cargo u ocupación:	Actividad que desempeña:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección laboral completa (calle o avenida, nº de casa, colonia, sector, lote, manzana, zona, municipio y departamento):			
<input type="text"/>			
Teléfono (s):	Ingresos mensuales en la empresa:	Otros ingresos:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de cobro completa (calle o avenida, nº de casa, colonia, sector, lote, manzana, zona, municipio y departamento):			Teléfono:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Si tiene otras ocupaciones, detállelas a continuación:			
<input type="text"/>			

DATOS DEL CONTRATANTE

(Sólo si es distinto del asegurado - o el asegurado es menor de edad)

Primer apellido:	Segundo apellido:	Apellido de casada (si aplica):	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Estado Civil:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento (d/m/a):	NIT:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de documento de identificación:	Número:	Lugar de emisión:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de cobro completa (calle o avenida, nº de casa, colonia, sector, lote, manzana, zona, municipio y departamento):			Teléfono:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Ingresos mensuales:			
<input type="text"/>			

CONDICIONES DE SOLICITUD

Plan	Plazo del seguro:	Plazo de pago de prima:	Prima:	Forma de pago:	Día de pago:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



REPRESENTANTE LEGAL

(solo si el asegurado es menor de edad)

Suma asegurada que consta en su seguro de vida: Nombre de la Compañía donde tiene su seguro:

--	--

OTROS SEGUROS O SOLICITUDES

Si está solicitando seguro en otra compañía, por favor escriba el nombre y el monto de la suma asegurada que solicita:

--

Si alguna solicitud se le hubiera rechazado, postpuesto o extra primada, por favor indique en qué compañía y en qué fecha:

--

Si ha tenido seguro de vida con anterioridad detalle los datos que se le piden a continuación:

Compañía: Suma asegurada: Plan: N° de póliza: En vigor:

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Si ha recibido alguna indemnización por lesión o enfermedad de una Aseguradora u otra institución indique el nombre de ésta y el motivo:

--

COBERTURAS SOLICITADAS PARA ESTE SEGURO

Beneficio Suma asegurada Incrementos

BÁSICO [] [] **BÁSICO:** Pago por muerte.

BMD [] [] **BMD:** Beneficio adicional de muerte o desmembración por causa accidental.

[] [] **OTROS:**

[] []

BENEFICIARIOS

Nombre: Relación de parentesco: % Teléfono:

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Convenio de Liquidación: **SI** **NO**

CUESTIONARIO MÉDICO

ESTADO FÍSICO DEL SOLICITANTE

Marque con una X donde corresponda. En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas indique el número y especifique cuantos datos sean posibles como: fecha, duración, tratamiento y estado actual al dorso o en una hoja adicional. Asimismo si padeciere alguna enfermedad no especificada en las preguntas siguientes, por favor proporcione amplia información de la misma manera.

- | | SI | NO | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha consultado al médico en los últimos 12 meses?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. En los últimos 10 años ¿ha sido tratado médicamente por problemas de: | | |
| 2. ¿Le ha sido practicada alguna intervención quirúrgica?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Corazón, sangre o vasos sanguíneos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha estado internado en algún hospital o sanatorio?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Presión arterial elevada o infarto de micardio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | c) Desórdenes cerebrales, mentales o emocionales, depresión, ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | d) Pulmón, asma, o enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	SI	NO		SI	NO
e) Tumor benignos o malignos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Le han hecho algún electrocardiograma en los últimos 5 años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Estómago, hígado, intestino o páncreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Le han hecho algún estudio con rayos X en los últimos 5 años?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Diabetes, tiroides, o glándula pituitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Ha padecido durante su vida de alguna enfermedad grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Anemia con necesidad de prescripción médica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Ha dado positivo por exposición al VIH (virus del sida) o diagnosticado como enfermo de SIDA ARC causados por infección de VIH u otras enfermedades o patologías derivadas de dicha infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Riñón, azúcar, albúmina o sangre en orina, cálculos, próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sistema nervioso, convulsiones, epilepsia, mareos o similares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿En los últimos 5 años ha			17. Datos adicionales si el solicitante es mujer		
a) Tenido alguna enfermedad, problema o daño no incluido en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Si está embarazada, indique en que mes se encuentra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sido examinado o tratado por algún médico por causas no mencionadas en las preguntas anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Si ha tenido abortos espontáneos indíquenos cuántos:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Se ha hecho un chequeo o examen físico rutinario? (dé razones y detalles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) ¿Cuántos partos ha tenido?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está bajo algún tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) ¿Hubo anomalías en algún parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Fecha y quien realizó el último chequeo ginecológico y/o mamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Le falta algún miembro o parte de él? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[.....		
9. Tiene alguna deformidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Ha tenido enfermedades de matriz, ovarios, pechos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene algún defecto de la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ¿Tiene algún defecto auditivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Peso: _____ libras Estatura: _____ mts.

Ha recibido amenazas de muerte No Sí Cuando [_____] Notificó a las autoridades No Sí Por qué? [_____]

HÁBITOS DEL SOLICITANTE

	Sí	No	Clase:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Las ha ingerido anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Usa drogas llamadas narcóticos o estupefacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Las ha usado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Fuma cigarros o pipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Ha fumado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Vuela frecuentemente como pasajero en aviones particulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Practica algún deporte o aficiones peligrosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 24, 25 y 26 deberá llenarse el cuestionario correspondiente, en caso contrario, se entenderá que el solicitante no desea estar cubierto en este riesgo y se excluirá.

TÉRMINOS Y CONDICIONES VÁLIDAS PARA EL RECIBO

El seguro surtirá efecto desde la fecha de aceptación por parte de SEGUROS UNIVERSALES, S.A., aunque se haya efectuado el pago de la prima total o parcialmente en una fecha anterior a dicha fecha.

SEGUROS UNIVERSALES, S.A., dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la solicitud, decidirá la acción al respecto. Si dentro de tal plazo el solicitante no recibiere aviso de aceptación, la solicitud deberá considerarla como rechazada.

SEGUROS UNIVERSALES, S.A., no contraerá ningún compromiso en virtud de la solicitud ni por el recibo de número e importe especificados arriba. En caso de que la solicitud sea rechazada SEGUROS UNIVERSALES, S.A. reintegrará al solicitante la suma depositada.

El recibo condicional no será válido a menos que:

- El nombre registrado en este recibo identifique al solicitante o contratante de la solicitud, y
- La fecha y número del recibo y la solicitud sean iguales.

El recibo no surtirá efecto alguno si es alterado en alguna forma.

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR DEL SOLICITANTE:

Si tiene antecedentes familiares de enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer u otras.

Familiar	Edad	Estado de salud o enfermedad	Edad	Fecha de fallecimiento	En caso de muerte especifique la causa
Padre					
Madre					
Hermanos					

REFERENCIAS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre:		Teléfono:	
Nombre:		Teléfono:	
Nombre:		Teléfono:	

INFORMACIÓN ADICIONAL A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

Si necesita más espacio para escribir utilice una hoja adicional y adjuntela a la solicitud. No olvide poner el número de solicitud y el número de pregunta a la que está añadiendo información.

Nº:	Información:

AUTORIZACIÓN:

Autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y/o sanatorios que me hayan asistido o examinado, para que proporcionen a SEGUROS UNIVERSALES, S.A., los informes que requiera referente a mi salud y/o enfermedades que he padecido o que padezco; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la compañía lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Para tal efecto eximo, a las personas que revelen información, de la obligación de guardar el secreto profesional del caso.

Lugar y fecha de la solicitud:

DECLARACIÓN:

Declaro que toda la información contenida en este documento, aunque no haya sido escrita de mi puño y letra, es verdadera y exacta y es la que debe tomarse como base para emitir la póliza que solicito, adicionalmente, declaro que estoy enterado de que una falsa o inexacta declaración dará derecho a la Compañía a disputar las obligaciones derivadas de la póliza de seguro que se emita como consecuencia de estas declaraciones, por lo que en señal de conformidad firmo esta solicitud de seguro.

Firma del
Solicitante/Asegurado

Firma y N° de Agente
en calidad de Testigo

RECIBO CONDICIONAL SOLICITUD N°

Nombre del Solicitante o Contratante del seguro:

Fecha:

Importe:

Nombre del Agente o Corredor:

Código:

SEGUROS UNIVERSALES, S. A. recibe del solicitante o contratante que aquí consta, la cantidad especificada, como anticipo o totalidad de la primera prima del Seguro de Vida que lleva el mismo número y fecha de este recibo.

Todo queda sujeto a los términos y condiciones del reverso.

