

SOLICITUD DE INGRESO CON DEPENDENCIA SEGURO DE VIDA COLECTIVO

F-SCP-10

DATOS LABORALES

Nombre de la Compañía		Póliza No.	
Pan	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

DATOS DEPENDIENTES ASEGURADOS

	Nombre Completo	Sexo	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Cédula / Pasaporte
			Día	Mes	Año		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

DECLARACION DE SALUD (El empleado o titular será identificado con "0". Coloque en la casilla del afiliado correspondiente una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa)	Solicitante						
	0	1	2	3	4	5	6
¿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
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

BENEFICIARIOS**(En caso de no designar beneficiarios, el monto de la suma asegurada se pagará a sus herederos legales).**

Nombre Completo	Cédula / Pasaporte	Parentesco	% Asignado

Yo convengo y entiendo:

La cobertura no será efectiva hasta que esta solicitud sea aprobada por la Compañía.

Las coberturas contratadas serán las especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 asecurabilidad 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.

Fecha

/ /
Día / Mes / Año_____
Firma del empleado