

## SOLICITUD DE SEGURO VIDA A TÉRMINO CON SOBREVIVENCIA

Suma Asegurada:	
Término en Años:	

Propuesto Asegurado Apellidos: _____ Nombres: _____												Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	Salario Mensual
												Día	Mes	Año		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Cédula												Lugar (es) donde tributa:					
Seguro Social												Ocupación: _____ Deporte: _____					
Dirección:												Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unido					
Apartado Postal: _____ Zona: _____												Peso: _____ Estatura: _____					
												Teléfonos: Residencia: _____ Oficina: _____ Fax: _____					
Beneficiarios												Cédula	Parentesco	%			
En caso de menores beneficiarios nombrar administrador Fiduciario:																	

### DECLARACIÓN DE SALUD

- 1) Responda las siguientes preguntas, las cuales aplican para usted y los miembros de la familia a ser asegurados. Si la respuesta es afirmativa, circule la condición y dé detalles en el Punto 2 a continuación:

PREGUNTAS:	SÍ	NO
a) ¿Sufre o sufrió alguna enfermedad o lesión, detalle en la parte posterior, Diagnóstico, Fechas, Nombre del médico, ¿tratamiento?		
b) ¿Tiene pendiente alguna operación?		
c) ¿Ha padecido alguna enfermedad ameritando hospitalización?		
d) ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan hasta la fecha?		

- 2) Detalles de las respuestas afirmativas:

Preg.	Nombre	Fecha	Padecimiento	Duración	Médico que le atendió (Nombre y dirección)

Por la presente, declaro que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. Mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital para que suministre a ASEGURADORA ANCON, S. A. cualquier información médica sobre mi persona.

Entiendo que ningún seguro entrará en vigor hasta que la prima haya sido pagada. Certifico, además, que he leído las respuestas dadas en esta solicitud y entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal de la cancelación de la cobertura solicitada.

Firma del Asegurado Propuesto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Contratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Corredor: \_\_\_\_\_ Licencia No.: \_\_\_\_\_

Para uso de la Compañía de Seguros:

Aprobado: \_\_\_\_\_ Declinado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_