

Solicitud Individual Seguro de Vida Grupo

Favor diligenciar este formato en letra imprenta

Fecha		
Día	Mes	Año

TOMADOR

Entidad Contratante	NIT.
E-mail	Celular
	Ciudad

ASEGURADO

Nombres y Apellidos		Tipo y Número de Identificación		Fecha de Nacimiento	
				Día	Mes
				Año	
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña		
Dirección Residencia		Ciudad	Departamento	Teléfono	Celular
Peso aproximado en Kilogramos.	Estatura	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado Solicitado \$		

SEGURO DE VIDA VIGENTE O EN TRAMITE QUE TIENE EL SOLICITANTE

Compañía	Ramo - No. Póliza	Valor Asegurado o Solicitado	Amparos Adicionales	Año Expedición

AMPAROS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	
ENFERMEDADES GRAVES	
AUXILIO FUNERARIO	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Derrames cerebrales, parálisis, convulsiones - epilepsia o migraña; Trastornos cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca, enfermedades en venas o arterias; Trastornos pulmonares como bronquitis, asma, tuberculosis, epoc; Trastornos gastrointestinales como ulcera o gastritis, cálculos biliares, masas hepáticas, pancreatitis, hernias, hemorragia intestinal o pólipos; Trastornos renales como ausencia de riñón, anomalías renales, insuficiencia renal crónica, infecciones urinarias repetición, cálculos renales o problemas de vejiga; Trastornos endocrinos en tiroides, diabetes mellitus, colesterol - triglicéridos o tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida; Trastornos musculoesqueléticos como hernias discales, gota, lumbago; Trastornos autoinmunes como artritis reumatoidea, lupus, síndrome antifosfolípido; Trastornos psiquiátricos como anorexia, autismo o depresión; Trastornos genitales como masas en mamas o útero, hemorragia uterina anormal o quistes ováricos. Lesiones en pene, próstata o testículos. Enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, gonorrea, condiloma o infección por vph; Trastornos alérgicos, rinitis, sinusitis o dermatitis; Cáncer de tiroides, mama, ovario o testículo o desordenes sanguíneos como anemia, leucemia o linfomas?
Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico _____
SI NO
2. Si en su leal saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál?
_____ SI NO
3. Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente
_____ SI NO
4. Ha sido sometido cirugías? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente. Tiene algún procedimiento pendiente? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente
_____ SI NO
5. **SOLO PARA MUJERES.** Especifique la Fecha de la Última Regla. Se encuentra en embarazo? A tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente
_____ SI NO
6. En su familia hay casos de cancer, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón o muerte súbita? Explique detalladamente
_____ SI NO
7. Practica algún deporte considerado de alto riesgo, ejemplo: Alpinismo, automovilismo, aviación no comercial o ultralivianos, buceo, carreras de autos, motociclismo, montañismo, paracaidismo. En caso afirmativo, suministre detalles
_____ SI NO
8. Alguna Compañía de Seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales? En caso afirmativo, suministrar detalles:
_____ SI NO
9. Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales?
_____ SI NO
10. Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad?
_____ SI NO

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número Identificación	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA “De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.”

AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO “en caso de celebrarse el contrato de seguros que mediante este documento solicito, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que Liberty, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a treinta (30) días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO. “Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto **POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO FORMA 02/09/2019-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D00I** las cuales se encuentran disponibles en la a página web de Liberty www.libertycolombia.com.co

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO que, la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora haga del mismo de manera expresa.

AFIRMO QUE MIS ACTIVIDADES, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS SOLICITO, DESDE YA, EN CASO DE SER CELEBRADO EL CONTRATO DE SEGUROS A QUE SE REFIERE LA PRESENTE SOLICITUD LA REVOCACIÓN DEL PRESENTE SEGURO, AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA QUE ESTE CURSADO, EN CASO DE SER INCLUIDO EN LAS LISTAS RESTRICTIVAS DE LA OFAC Y/O DE LA ONU, CUANDO ESTA CIRCUNSTANCIA SE PRESENTE Y SOLICITO SE INFORME DE ELLO AL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE LA ASEGURADORA.

COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

Huella Dactilar

Para constancia se firma en

a los

días del mes de

de

Índice Derecho

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. No.

DE