

Solicitud de Seguro de Vida

		SOLICITUD		AGENTE No.		RECAUDADOR No.		
		Nº 0066995						
IDENTIFICACION DEL CANDIDATO	TITULO		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		APELLIDO DE CASADA	
	NOMBRE							
	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		MUNICIPIO		LUGAR DE NACIMIENTO	
	DIA		FECHA DE NACIMIENTO MES AÑO		DEPARTAMENTO			
	NIT.		EDAD		DPI No.		EXTENDIDA EN	
	OCUPACION ACTUAL (DETALLAR)							
	EMPRESA EN LA QUE SE DESEMPEÑA		INGRESOS MENSUALES		INGRESOS ANUALES		OTROS INGRESOS COMPROBABLES	
	TIENE OTRAS OCUPACIONES NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DETALLELAS							
	DOMICILIO		DIRECCION				TELEFONO	
	DIRECCION COMERCIAL							
DIRECCION DE COBRO								
CONTRATANTE								
TODA COMUNICACION HACERLA A: DOMICILIO <input type="checkbox"/> DIRECCION COMERCIAL <input type="checkbox"/> DIRECCION DE COBRO <input type="checkbox"/>								
COBERTURA A CONTRATAR	PLANES Y ANEXOS		PLAZO		SUMA ASEGURADA			
	_____		_____		Q. _____			
	_____		_____		Q. _____			
	_____		_____		Q. _____			
	_____		_____		Q. _____			
FORMA DE PAGO		ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>		PRIMA SEGUN FORMA DE PAGO		Q. _____		
BENEFICIOS	BENEFICIARIOS DESIGNADOS. (FAVOR DE PROPORCIONAR NOMBRE (S) COMPLETO (S) PARENTESCO O RELACION). EL ASEGURANTE DEBE DESIGNAR BENEFICIARIOS EN FORMA CLARA Y PRECISA PARA EVITAR CUALQUIER INCERTIDUMBRE SOBRE EL PARTICULAR. LA DESIGNACION DE BENEFICIARIOS ATRIBUYE A LA PERSONA EN CUYO FAVOR HACEN, UN DERECHO PROPIO AL CREDITO DERIVADO DEL SEGURO.							
	APELLIDO (S)		NOMBRE (S)			RELACION		
	_____		_____			_____		
	_____		_____			_____		
	_____		_____			_____		
	_____		_____			_____		
y en su defecto a los herederos legales del Asegurado								

SEGUROS G&T, S. A.
RECIBO CONDICIONAL

Nº 0066995

POR Q. _____

RECIBI DE: _____

LA SUMA DE: _____

EN CONCEPTO DE LA PRIMA DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO, A CUYO EFECTO HOY SE HA HECHO LA SOLICITUD EN FORMULARIO IMPRESO QUE LLEVA EL MISMO NUMERO Y FECHA DE ESTE RECIBO, SUJETO A LOS TERMINOS Y CONDICIONES QUE APARECEN AL DORSO DEL MISMO.

No. DE AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

LUGAR Y FECHA _____ EL _____ DE _____ DEL _____

SEGUROS  G&T

ASEGURADOS ADICIONALES								
APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	RELACION	MONTO ASEGURADO	PLAN
		DIA	MES	AÑO				

DEPORTES Y/O AFICIONES QUE PRACTICA						
ACTIVIDADES	SI	NO	ACTIVIDADES	SI	NO	DESEA CUBRIR EL RIESGO
ALPINISMO			ESQUI ACUATICO			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AUTOMOVILISMO			ESQUI EN NIEVE			
MOTOCICLISMO			PILOTO DE AVIONES (FORMULARIO)			FRECUENCIA
EQUITACION			PARACAIDISMO			
CACERIA			OTROS			
BUCEO						

SIRVASE DAR DETALLES DE LOS SEGUROS EMITIDOS EN ESTA O EN OTRA COMPAÑIA							
COMPAÑIA	SUMA ASEGURADA	PLAN	No. DE POLIZA	AÑO EN QUE FUE TOMADO	VIGENTE	SI	NO

¿Existe en la actualidad otra solicitud de seguro o piensa hacerse? (Dar detalles)

Si le ha sido rechazada o aceptada en condiciones especiales una solicitud, indique que motivo y la compañía

¿Solicita esta póliza para abandonar otra existente?

¿Viaja en aviones particulares o militares como pasajero? SI NO ¿Ha sido o ha recibido instrucciones para piloto aviador? SI NO

En caso afirmativo a las preguntas anteriores requisitar cuestionario de aviación respectiva

Para obtener referencia

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

DATOS ADICIONALES CUANDO EL SOLICITANTE SEA MUJER	
¿POR QUE CONCEPTO OBTIENE SUS INGRESOS?	NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO
¿QUIEN PAGA LAS PRIMAS?	
EDAD DE SU ESPOSO	SI NO ESTA ASEGURADO, INDIQUE LA CAUSA
¿POR CUANTO ESTA ASEGURADO SU ESPOSO?	

Yo el abajo firmante, declaro que las respuestas que anteceden, y las que por aparte pudiera yo hacer con respecto a los otros asegurados nominados en esta solicitud, y con respecto a mi persona, ampliando lo contestado en este documento, son verdaderas y exactas; y convenga en que esta declaración y las respuestas que ha de dar el médico que me reconozca a mí o a las personas que aparezcan como asegurados adicionales, serán la base de la póliza y de su validez; que los exámenes médicos forman parte íntegra de la solicitud; que cualquier falsedad o inexactitud en dichas declaraciones contenidas en la solicitud o cualquier documento que amplíe las mismas, que afecten sustancialmente la aceptación del riesgo o la responsabilidad de la Aseguradora, anule el contrato, limitándose la obligación de la Aseguradora a la devolución de las primas pagadas.

Estoy de acuerdo en ampliar declaraciones, o en que se practiquen exámenes médicos, adicionales en caso de que lo requiera la Aseguradora.

_____	_____
FIRMA DEL CANDIDATO	FIRMA AGENTE No.
_____	_____
FIRMA DEL CONTRATANTE si fuere distinto del Candidato	LUGAR Y FECHA

TERMINOS Y CONDICIONES VALIDOS PARA ESTE RECIBO

- El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha de la solicitud respectiva o del examen médico, la que sea más tardía, siempre que se le presente pruebas satisfactorias a la Aseguradora de que en dicha fecha el solicitante era asegurable como riesgo normal, de acuerdo con las normas de la Aseguradora que rigen con respecto a la aceptación de riesgos, y que la solicitud sea también aceptada bajo los reglamentos y requisitos de asegurabilidad de la Aseguradora para el plan y monto solicitados.
- La Aseguradora dispondrá de 60 días después de la fecha de solicitud para estudiarla y decir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el solicitante no recibe aviso de la aceptación o rechazo de su solicitud, entonces deberá considerarla como no aceptada por la Aseguradora.
- Si la Aseguradora rehúsa aceptar la solicitud y emitir la póliza de acuerdo con el plan, la cantidad y tipo de la prima solicitados, no contraerá ningún compromiso en virtud de la solicitud ni por este recibo. En tal caso la Aseguradora le reintegrará al solicitante la suma pagada.
- Este recibo condicional no será válido a menos que: a) El nombre registrado en este recibo identifique al solicitante o contratante de la solicitud respectiva. y b) la fecha y número de este recibo, sean iguales, al de la solicitud.
- Este recibo no surtirá efecto alguno si es alterado en alguna forma.

Aprobado mediante resolución No. 146 del 94 de la Superintendencia de Bancos, de fecha 5/12/94.

HISTORIA MEDICA FAMILIAR DEL SOLICITANTE				
APELLIDOS	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD A LA MUERTE	CAUSA DE LA MUERTE
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hermanos				
Hijos				

DECLARACION DE SALUD

El solicitante manifiesta estar conforme en someterse a un examen médico con el objeto de que se investigue su grado de asegurabilidad en caso de que la Aseguradora lo estime conveniente.

COMPLEXION			
Estatura:	Mts.		
Peso:	Lbs.		
Ha aumentado de peso en el último año?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Aumentado:	Lbs.	Disminuido	Lbs.
Causas y tratamiento llevado			

HABITOS		
¿Toma bebidas alcohólicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Frecuencia		
Cantidad		
Fuma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Puro	Cigarro	Pipa

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO FISICO DEL SOLICITANTE			
Favor de llenar SI o NO el cuestionario correspondiente			
	SI	NO	
1. ¿Le ha sido rechazada, cancelada o extraprimada alguna solicitud o póliza de seguro de vida?			17. Asma
2. En los últimos 2 años. ¿Ha viajado al extranjero? Motivo:			18. Tuberculosis o cualquier otro padecimiento de bronquitis o pulmones
3. ¿Ha consultado algún médico durante los últimos 3 años?			19. Úlcera en el estómago del duodeno u otras, cualquier otro padecimiento del aparato digestivo.
4. ¿Le han tomado radiografías o electrocardiogramas? ¿Prueba de esfuerzo?			20. Cálculos renales o cualquier otro padecimiento genitourinario
5. ¿Ha sufrido o le han recomendado alguna intervención quirúrgica?			21. Padecimiento órganos genitales
6. ¿Tiene algún defecto físico o le falta algún miembro?			22. Várices o cualquier otra enfermedad de venas y/o arterias
7. ¿Le han practicado estudios especiales para diagnóstico de cáncer?			23. Hernias de cualquier tipo
8. ¿Actualmente está bajo tratamiento médico?			24. Diabetes o cualquier otro padecimiento del sistema glandular
9. ¿TraNfusiones sanguíneas en los últimos 5 años?			25. Artritis, trastornos columna vertebral o cualquier otro padecimiento del sistema muscular esquelético.
10. ¿Utiliza algún tipo de droga? (Detalle)			26. Hemofilia o alguna enfermedad de la sangre
11. Tumores			27. ¿Estudios o tratamientos referentes al SIDA o Hepatitis B?
12. Cáncer			28. Diarrea frecuente
13. Enfermedades de la piel			29. Cesáreas
14. Enfermedades de los ojos u oídos			30. Está actualmente embarazada (tiempo de embarazo)meses
15. Epilepsia o cualquier otro padecimiento del sistema nervioso			31. Ha padecido cualquier enfermedad distinta a las mencionadas
16. Infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca, hipertensión o cualquier otro padecimiento cardiovascular.			

SEGUROS G&T, S. A.
RECIBO CONDICIONAL

Nº 0066995

POR Q. _____

RECIBI DE: _____

LA SUMA DE _____
EN CONCEPTO DE LA PRIMA DE SEGURO DE VIDA SOLICITADO, A CUYO EFECTO HOY SE HA HECHO LA SOLICITUD EN FORMULARIO IMPRESO QUE LLEVA EL MISMO NUMERO Y FECHA DE ESTE RECIBO, SUJETO A LOS TERMINOS Y CONDICIONES QUE APARECEN AL DORSO DEL MISMO.

No. DE AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

LUGAR Y FECHA _____ EL _____ DE _____ DEL _____

SEGUROS G&T

