

SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO



Ciudad						
Fecha	Día		Mes		Año	
HDI						

Tomador

Contratante	NIT	Dirección	Teléfono
ChevyPlan® S.A.	830.001.133-7	Carrera 7ma #75 - 26	6286820

Información del Asegurado

Nombres y Apellidos				Tipo de Documento		Número de Documento	
				CC ☐ CE ☐			
Dirección			Teléfono		Celular		Departamento
Estado Civil		Peso		Estatura		Fecha de Nacimiento del Asegurado	
		Kg		mts		Día	Mes
							Año
Ocupación		Sexo		Valor Asegurado			
		F ☐ M ☐					

Información del Beneficiario

Para el seguro de vehículo se toma el primer beneficiario.				
Documento	Número de documento	Nombres y Apellidos	Parentesco	%
NIT	830.001.133-7	ChevyPlan® S.A.	Oneroso	Deuda

Declaración de Asegurabilidad

Yo, el firmante declaro que: A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad fisica no se encuentra reducida. Así mismo declaro que padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con una X

Enfermedad cardiovascular	Si ☐ No ☐	Diabetes	Si ☐ No ☐	Hipertensión Arterial	Si ☐ No ☐	Pulmonares	Si ☐ No ☐
Mentales - Psiquiátricas	Si ☐ No ☐	Gastrointestinales	Si ☐ No ☐	VIH/SIDA	Si ☐ No ☐	Artritis	Si ☐ No ☐
Enfermedad Cerebrovascular	Si ☐ No ☐	Drogadicción	Si ☐ No ☐	Cáncer	Si ☐ No ☐	Renales	Si ☐ No ☐
Otra Enfermedad Preexistente	Si ☐ No ☐	Tabaquismo (N° Cigarrillos Diarios):		Alcoholismo (N° tragos Semanales):			
Otra Enfermedad. ¿Cuál?:				Aclarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolución:			
En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.							

Para las Respuestas Afirmativas

Enfermedad o Lesión	Tipo de Procedimiento		Fecha	Fecha Diagnóstico	Nombre y Teléfono del Médico o Institución Hospitalaria
	Operado	Tratado			

Información del Agente

Clave	Nombre Agente	Participación	Relación con el Asegurado:			
		%	Comercial	Familiar	Personal	Profesional
		%	Comercial	Familiar	Personal	Profesional
		%	Comercial	Familiar	Personal	Profesional
Observaciones:						

El tomador y/o asegurado de la presente póliza autoriza(n) voluntaria e irrevocablemente a compartir con otras compañías aseguradoras. autoridades en Colombia o en el exterior centrales de riesgo, la información resultante de la relación comercial que surja entre las partes.

Hago constar que los datos, declaraciones e información contenidos en esta solicitud son reales, verídicos y exactos y constituyen la base del seguro que solicitó. Una vez aprobado este seguro entiendo que la compañía se acogerá al Art.1058 del Código de Comercio, en caso de suministro de información errada, falsa u omitida.

La compañía de seguros se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud, en el momento de aceptarse el seguro (Art.1058 y Art.1158 del Código de Comercio).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el Art. 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la compañía de seguros a verificar y solicitar ante cualquier médico, odontólogo o institución hospitalaria, así como a otras compañías de seguros, la información necesaria sobre mis antecedentes, incluyendo la historia clínica y la carta dental aun después de mi fallecimiento.

Requisitos		Número de Comunicación		Fecha		
				Día		Mes
					Año	
Firma de Entidad Contratante		Firma del Solicitante			Índice Derecho	
NIT		Nombre y Apellido				
Responsable Compañía de Seguros		Número de Comunicación				