



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACION Y DECLARACION DE  
ASEGURABILIDAD AL SEGURO DE COLECTIVO DE VIDA  
REGIMEN CONVENCIONAL ECOPETROL - USO

Importante: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con firma

NOMBRE DEL TOMADOR		NUMERO DE NIT.			FECHA SOLICITUD	DIA	MES	AÑO
<b>1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE</b>								
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			C.C.	
OCUPACIÓN DETALLADA				FECHA DE NACIMIENTO	Día	Mes	Año	EDAD
								SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN				TEL.:	4. Peso (Kg)		Estatura (Mts)	
<b>2. DATOS ADICIONALES</b>								
NOMBRE DE LA EMPRESA			CIUDAD EN DONDE IRA A LABORAR			FECHA DE INICIO DEL CONTRATO LABORAL		
						DIA	MES	AÑO
<b>3. BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA</b>								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			PARENTESCO	EDAD	%	

**ES IMPORTANTE LEER ESTA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD ANTES DE FIRMAR**

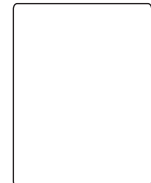
PARA EFECTOS DE LA INCLUSION EN LA PRESENTE POLIZA, HAGO CONSTAR QUE:

1). MI ESTADO ACTUAL DE SALUD ES NORMAL, NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGENITAS, CARDIOVASCULARES, NEUROLOGICO, NI ENFERMEDADES COMO HIPERTENSION ARTERIAL Y CANCER, NO ME HAN DIAGNOSTICADO LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS H.I.V, PRODUCTO DEL SIDA, DIABETES, EPILEPSIA, ASMA, TROMBOSIS, ANEMIA, LEUCEMIA, DERRAME CEREBRAL, EFISEMA PULMONAR, ARTRITIS REUMATOIDEA, INSUFICIENCIA RENAL, TUMORES, TRANSTORNOS INMUNOLOGICOS, NI DEFECTOS O LIMITACIONES FISICAS O MENTALES QUE INCIDAN EN MI ESTADO DE SALUD. NO TENGO INTERVENCIONES QUIRURGICAS PENDIENTES, NO CONSUMO BEBIDAS ALCOHOLICAS EN EXCESO, NO CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NI HE RECIBIDO TRATAMIENTO PROFESIONAL POR EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS 2). NO HE SIDO APLAZADO O DECLINADO POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. O POR OTRAS COMPAÑIAS AL PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA, SALUD O ACCIDENTES PERSONALES. 3) LAS ACTIVIDADES A LAS QUE ME DEDICO SON LICITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES. 4). ESTOY DESARROLLANDO EN FORMA NORMAL MI ACTIVIDAD Y NO HE RECIBIDO AMENAZAS CONTRA MI VIDA E INTEGRIDAD. 5). NO PRACTICO DEPORTES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD, COMO LOS CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO 6). LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS, VERIFICAS Y POR TANTO CUALQUIER RETICENCIA ERROR U OMISION EN LA INFORMACION SUMINISTRADA TENDRA LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTICULOS, 1058, 1158 Y 1161 DEL CODIGO DE COMERCIO.

AUTORIZO A SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. PARA CONSULTAR BASES DE DATOS DE SEGUROS DE PERSONAS Y DEMAS BASES DE DATOS QUE CONTENGAN INFORMACION SOBRE MIS ANTECEDENTES COMERCIALES Y FINANCIEROS, IGUALMENTE A REPORTARME A ESTAS BASES DE DATOS EN CASO NECESARIO

EN CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES DE LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMAS NORMATIVIDAD SOBRE LA MATERIA, AUTORIZO EXPRESAMENTE A SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. PARA SOLICITAR, CONOCER Y VERIFICAR LA HISTORIA CLINICA Y/O LA CARTA DENTAL, O LO CONTENIDO EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, AUN DESPUES DE MI FALLECIMIENTO.

**HUELLA INDICE  
DERECHO  
ASEGURADO**



FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C.

DE