

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGUROS DE VIDA

CIUDAD				FECHA DE DILIGENCIALMIENTO				DÍA	MES	AÑO				
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS														
TIPO DE IDENTIFICACIÓN T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								No. DE IDENTIFICACIÓN						
PESO		KG	ESTATURA		MTS	¿SE LE HA REALIZADO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								
¿CUÁNDO?		DÍA	MES	AÑO	¿TIENE ALGUNA CIRUGIA PENDIENTE? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?					¿CUÁNDO?		DÍA	MES	AÑO
¿LE HAN REALIZADO BIOPSIAS?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	CAUSA(S)											
RESULTADOS														
¿HA CAMBIADO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁNTO?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿TOMA MEDICAMENTOS? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?														
¿PORQUÉ?														
CAUSA(S)								FECHA			DÍA	MES	AÑO	
DIAGNÓSTICO ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA														
¿PRESENTA ALGÚN DEFECTO FÍSICO O INVALIDEZ? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?														
ALCOHOLISMO <input type="radio"/> DROGADICCIÓN <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?				NINGUNO <input type="radio"/>		¿FUMA? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿EMBARAZO ACTUAL? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>						
¿HA PRESENTADO COMPLICACIONES EN EMBARAZOS? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?														
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA ARTICULAR? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITAL? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA LINFÁTICO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCULAR? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEUROLÓGICO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DE LOS SENTIDOS? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA ÓSEO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DE LA PIEL? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DE PSIQUISMO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA SANGUÍNEO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿HA SUFRIDO OTRO TIPO DE ENFERMEDAD? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?								¿CUÁNDO?			DÍA	MES	AÑO	
¿EMPLEA MOTOCICLETAS?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿PASAJERO DE AVIONES NO COMERCIALES?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿LE HA SIDO RECHAZADA UNA PÓLIZA DE VIDA? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>								
¿HA REALIZADO SOLICITUDES DE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?														
¿HA HECHO RECLAMACIONES A SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL(ES)?														
¿HA RECIBIDO AMENAZAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿DE QUÉ TIPO?														
¿TIENE SEGUROS DE VIDA EN LA ACTUALIDAD? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				¿LE HA SIDO EXPEDIDA UNA PÓLIZA CON EXTRAPRIMA? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?										
NO.	NOMBRE				RAMO		SUMA ASEGURADA		AÑO DE EXPEDICIÓN					
COMPAÑÍA 1														
COMPAÑÍA 2														
¿SU PADRE VIVE? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		EDAD	ESTADO DE SALUD			SI HA FALLECIDO, ¿CUÁL FUE LA CAUSA?								
¿SU MADRE VIVE? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		EDAD	ESTADO DE SALUD			SI HA FALLECIDO, ¿CUÁL FUE LA CAUSA?								

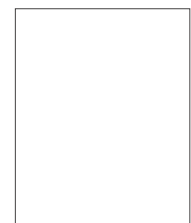
DD / MM / AAAA

CIUDAD Y FECHA

FIRMA

NOMBRE

NO. DOC.



HUELLA