

Suma Asegurada:	
Póliza No.	
Certificado No.	

Propuesto Asegurado Apellidos: _____ Nombres: _____		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Salario Mensual
		Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Cédula		Patrono:				
Seguro Social		Ocupación: _____ Deporte: _____				
Dirección:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unido Peso: _____ Estatura: _____				
Apartado Postal: _____ Zona: _____		Teléfonos: Residencia: _____ Oficina: _____ Fax: _____				
Beneficiarios		Cédula	Parentesco		%	
En caso de menores beneficiarios nombrar administrador Fiduciario:						
LLENE SÓLO SIE ESTE BENEFICIO FORMA PARTE DE LA PÓLIZA						
Miembros de la familia a ser asegurados en la Póliza:						
Cónyuge		Edad	Cédula	Seguro Social		
Hijos		Edad	Cédula	Seguro Social		

DECLARACIÓN DE SALUD

1) Responda las siguientes preguntas, las cuales aplican para usted y los miembros de la familia a ser asegurados. Si la respuesta es afirmativa, circule la condición y dé detalles en el Punto 2 a continuación:

PREGUNTAS:	SÍ	NO
a) ¿Sufre o sufrió alguna enfermedad o lesión, detalle en la parte posterior, Diagnóstico, Fechas, Nombre del médico, tratamiento ?		
b) ¿Tiene pendiente alguna operación?		
c) ¿Ha padecido alguna enfermedad ameritando hospitalización?		
d) ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan hasta la fecha?		

2) Detalles de las respuestas afirmativas:

Preg.	Nombre	Fecha	Padecimiento	Duración	Médico que le atendió (Nombre y dirección)

Por la presente, declaro que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. Mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital para que suministre a ASEGURADORA ANCON, S. A. cualquier información médica sobre mi persona.

Entiendo que ningún seguro entrará en vigor hasta que la prima haya sido pagada. Certifico, además, que he leído las respuestas dadas en esta solicitud y entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal de la cancelación de la cobertura solicitada.

Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____

Firma del Contratante: _____ Fecha: _____

Firma del Corredor: _____ Licencia No.: _____

Para uso de la Oficina:

Aprobado: _____ Declinado: _____ Firma: _____ Fecha: _____
