

## SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Suma Asegurada:	
Póliza No.	
Certificado No.	

Esta solicitud debe ser llenada con letra legible o preferiblemente a computadora, sin tachones, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, podrá ser rechazada.

Propuesto Asegurado Apellidos: _____ Nombres: _____		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	Salario Mensual
		Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Cédula		Lugar (es) donde tributa:				
Seguro Social		Ocupación:		Deporte:		
Dirección:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		Peso: _____		
		<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unido		Estatura: _____		
Apartado Postal: _____ Zona: _____		Teléfonos: Residencia: _____				
		Oficina: _____		Fax: _____		
<b>Beneficiarios</b>		<b>Cédula</b>	<b>Parentesco</b>		<b>%</b>	
En caso de menores beneficiarios nombrar administrador Fiduciario: _____						

### LLENE SÓLO SI 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 de la emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Asegurado propuesto, certifico que 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.

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCON S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora. Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de ASEGURADORA ANCON S.A. Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

Firma del Asegurado Propuesto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Contratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Corredor: \_\_\_\_\_ Licencia No.: \_\_\_\_\_

Para uso de la Oficina:

Aprobado: \_\_\_\_\_ Declinado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_