

Señores Seguros El Roble, S.A. atentamente me dirijo a ustedes para solicitarles se proceda a efectuar lo siguiente en:

Póliza No.
Afiliada No.
Certificado No.

SECCIÓN I – DATOS DEL ASEGURADO | ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Nombre completo:
Sexo:
M
F

Dirección:
NIT:

DPI No.:
Extendida (o) en:
Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento

Estado Civil:
Casado
Soltero
Ocupación / Puesto:

Teléfono:
Teléfono Celular:
Correo Electrónico:

SOLICITO:

Cambio de Beneficiario
Exclusión de Asegurados Dependientes
Autorización de Cobro/cambio de pago

Inclusión de Asegurado Titular y/o Dependientes - Gastos Médicos

SECCIÓN II – CAMBIO DE BENEFICIARIO

Revocar la designación anterior y nombrar como nuevo(s) Beneficiario(s) en caso de mi fallecimiento a:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	DPI

Me reservo el derecho de cambiar a mi(s) beneficiario(s) sin previo aviso a el(los) mismo(s).

SECCIÓN III – EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES DEL SEGURO

Excluir del programa de Seguro a la(s) siguiente(s) persona(s) detallada(s) a continuación:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Asegurado	Parentesco	Fecha de Baja Solicitada
		DÍA MES AÑO

SECCIÓN IV – AUTORIZACIÓN DE COBRO | CAMBIO EN MEDIO DE PAGO DE PRIMA DEL SEGURO

Autorizo a debitar la(s) prima(s) correspondiente(s) del seguro de la póliza indicada anteriormente con base a la forma y medio de pago del cual indico los detalles a continuación y en la fecha designada por La Compañía:

Forma de Pago:
Anual
Semestral
Trimestral
Mensual

Prima
Moneda

Tarjeta de Crédito No.
Banco o Empresa Emisora de la Tarjeta
Fecha de Vencimiento

Emisor de Tarjeta:
American Express
Diners Club
Master Card
Visa
Otra

Cuenta Banco Industrial, S.A.:
Monetaria
Ahorro
No.

Otras Formas:
Efectivo^A
Mensajero Cobrador^B
Nomina Salarial^B

Facturar a nombre de:
NIT:

Dirección de Cobro^B:

Por este medio entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago, hasta que yo notifique por escrito a La Compañía, lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza. La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente.

Asimismo, autorizo utilizar el presente formulario para realizar los débitos correspondientes a futuras renovaciones de mi póliza, a menos que notifique lo contrario a La Compañía, por medio escrito, previo al inicio de la vigencia de la renovación. Si por alguna razón el medio de pago seleccionado no tuviera disponibilidad al procesar el débito, al siguiente mes se debitará la cuota del mes anterior y la del mes que corresponde para no entrar en mora.

Nombre Completo del Titular
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

Firma Registrada del Titular
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

SECCIÓN V – INCLUSIÓN DE ASEGURADO TITULAR^{PC} Y/O DEPENDIENTE(S) AL SEGURO (Declaración de Salud)
Incluir al programa de Seguro a la(s) siguiente(s) persona(s) detallada(s) a continuación:

	Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s)	Parentesco	DPI	Fecha de nacimiento			Estatura METROS	Peso LIBRAS
				DÍA	MES	AÑO		
A.								
B.								
C.								
D.								
E.								

Fecha de matrimonio o unión de hecho: DÍA MES AÑO

Para el Asegurado Titular^{PC} y su(s) Dependiente(s): Si sufre(n) o ha(n) sufrido Usted y/o su(s) Dependiente(s) previamente alguno de las siguientes enfermedades, marque la casilla apropiada. Todas las preguntas deben ser contestadas, si alguna de sus respuestas fuera afirmativa, coloque los datos requeridos en el espacio final de las preguntas.

	SI	NO	A	B	C	D	E
1. ¿Se encuentra actualmente con mala salud?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Ha estado ausente de su trabajo por enfermedad o lesión durante los últimos tres meses?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Ha consultado al médico durante los últimos doce meses?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar en los últimos tres meses?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Tiene intención de realizarse o se le ha recomendado efectuarse una operación quirúrgica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Tiene algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificado en este formulario?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Ha sido sometido a Tratamiento de Fertilidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Se ha efectuado algún examen de SIDA?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Si usted es mujer (o alguna de sus dependientes), ¿está(n) actualmente embarazada(s)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ¿Se encuentra en la menopausia? Indique si toma estrógenos y la dosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ENFERMEDAD		SI	NO	A	B	C	D	E	ENFERMEDAD		SI	NO	A	B	C	D	E
13. ☐ Boca	☐ Dientes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	28. ☐ Hipertensión Art.	☐ Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ☐ Esófago	☐ Estómago	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	29. ☐ Enf. Cardiovasculares		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ☐ Intestinos	☐ Vesícula Biliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	30. ☐ Desórdenes Hormonales		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ☐ Recto	☐ Ano	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	31. ☐ Enf. de las Vías Urinarias y los Riñones		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ☐ Enf. del Hígado	☐ Enf. del Páncreas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	32. ☐ Enf. de Músculos	☐ Reumatismo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ☐ Útero	☐ Ovarios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	33. ☐ Enf. de Articulaciones	☐ Enf. de Huesos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ☐ Próstata	☐ Testículos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	34. ☐ Ligamentos	☐ Tendones	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ☐ Mamas	☐ Tiroides	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	35. ☐ Enfermedades o Molestias de Espalda		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ☐ Sangre	☐ Hernias	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	36. ☐ Columna Vertebral	☐ Médula Espinal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ☐ Tumor Benigno	☐ Tumor Maligno	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	37. ☐ Cirugías Estéticas	☐ Enf. de la Piel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ☐ Migraña	☐ Epilepsia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	38. ☐ Cáncer	☐ Trasplante(s)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. ☐ Desórdenes Neurológicos		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	39. ☐ Trastornos Mentales		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. ☐ Defectos Físicos/Mentales de nacimiento		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	40. ☐ Otras Enfermedades o Desórdenes		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. ☐ Asma	☐ Alergias	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	41. ☐ Enf. Oculares		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. ☐ Enf. Pulmonares	☐ Oídos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	42. ☐ Nariz	☐ Garganta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Si alguna respuesta es positiva porfavor indique el número de la pregunta, fecha de cuando sucedió y especifique el tipo de diagnóstico:

Observaciones (para ser competado por la compañía de seguros):

Por este medio autorizo el(los) movimiento(s) señalado(s) en este formulario, entiendo que estos cambios se harán efectivos a partir del día uno (1) del mes siguiente de la fecha de haber completado y entregado este formulario a la Compañía. Estoy de acuerdo en pagar cualquier incremento en la prima que pueda afectar el cambio o modificación solicitada que genere cobro adicional. Asimismo, por este medio declaro que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas, que son la base sobre la que solicito el seguro bajo la Póliza. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante, hospital o sanatorio para que proporcione a Seguros El Roble, S.A., cualquier información que solicite necesaria con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo o cualquier miembro de mi familia haya recibido.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR/SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE ^{PC}

Fecha:

DÍA

MES

AÑO

^{PC} APLICA ÚNICAMENTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS