

Fecha			Póliza
Día	Mes	Año	

SOLICITANTE

Entidad contratante	RUC
---------------------	-----

ASEGURADO PRINCIPAL

Nombres y Apellidos				Documento de identidad		Fecha de nacimiento		
						Día Mes Año		
Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación			Ciudad/Provincia		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Peso aproximado (en kilos)		Talla aproximada (en centímetros)			Valor asegurado \$			

ASEGURADO 2

Nombres y Apellidos				Documento de identidad		Fecha de nacimiento		
						Día Mes Año		
Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación			Ciudad/Provincia		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Peso aproximado (en kilos)		Talla aproximada (en centímetros)			Valor asegurado \$			

ASEGURADO 3

Nombres y Apellidos				Documento de identidad		Fecha de nacimiento		
						Día Mes Año		
Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación			Ciudad/Provincia		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Peso aproximado (en kilos)		Talla aproximada (en centímetros)			Valor asegurado \$			

ASEGURADO 4

Nombres y Apellidos				Documento de identidad		Fecha de nacimiento		
						Día Mes Año		
Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación			Ciudad/Provincia		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Peso aproximado (en kilos)		Talla aproximada (en centímetros)			Valor asegurado \$			

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaración de asegurabilidad y autorizaciones para cada uno de los solicitantes	Solicitante número		
¿Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con lo siguiente?	1	2	3
<p>Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Derrames cerebrales, parálisis, convulsiones - epilepsia o migraña; Trastornos cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardiaca, enfermedades en venas o arterias; Trastornos pulmonares como bronquitis, asma, tuberculosis, epoc; Trastornos gastrointestinales como ulcera o gastritis, cálculos biliares, masas hepáticas, pancreatitis, hernias, hemorragia intestinal o pólipos; Trastornos renales como ausencia de riñón, anomalías renales, insuficiencia renal crónica, Infecciones urinarias a repetición, cálculos renales o problemas de vejiga; Trastornos endocrinos en tiroides, diabetes mellitus, colesterol - triglicéridos o tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida; Trastornos musculoesqueléticos como hernias discales, gota, lumbago; Trastornos autoinmunes como artritis reumatoidea, lupus, síndrome antifosfolípido; Trastornos psiquiátricos como anorexia, autismo o depresión; Trastornos genitales como masas en mamas o útero, hemorragia uterina anormal o quistes ováricos. Lesiones en pene, próstata o testículos. Enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, gonorrea, condiloma o infección por vph; Trastornos alérgicos, rinitis, sinusitis o dermatitis; Cáncer de tiroides, mama, ovario o testículo o desordenes sanguíneos como anemia, leucemia o linfomas?</p> <p>Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico. _____</p>	S	N	S
Si en su leal saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál? _____	S	N	S
¿Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente. _____	S	N	S
SOLO PARA MUJERES. ¿Se encuentra embarazada? En caso afirmativo, indique el número de semanas. ¿Ha tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente _____	S	N	S
¿Ha sido sometido a cirugías? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente. _____	S	N	S
¿Consumo de manera crónica algún medicamento? Si su respuesta es afirmativa, explique medicamento, dosis y causa. _____	S	N	S
¿Recientemente se ha sometido a chequeos rutinarios o exámenes de salud? Los resultados fueron anormales? Ha sido paciente de un hospital, clínica o sanatorio durante el último año?	S	N	S
¿Tiene algún procedimiento o tratamiento pendiente?	S	N	S
¿Fuma, consume alcohol, estupefacientes o drogas? Ha recibido tratamiento por adicciones?	S	N	S
¿En su familia hay casos de hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón o muerte súbita?	S	N	S
¿Alguna compañía de seguros ha declinado, aplazado o Extra primado una solicitud de seguro? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente. _____	S	N	S
¿Practica algún deporte considerado de alto riesgo, ejemplo: Alpinismo, automovilismo, aviación no comercial o ultralivianos, buceo, carreras de autos, motociclismo, paracaidismo? En caso afirmativo, suministre detalles _____	S	N	S

Número pregunta	Número solicitante	Enfermedad/ Lesión - Medicamento	Operado	Tratado	Fecha comienzo			Médico tratante	Fecha terminación		
					Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número de identificación	Correo electrónico	Celular	Parentesco	Edad	Porcentaje	Asegurado al que corresponde			
							1	2	3	4

Por medio de la presente, declaro que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas, verídicas y constituyen la base para solicitar la protección bajo la presente póliza de Vida Grupo. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital o sanatorio para que imparta a HDI-SEGUROS S.A. cualquier información que solicite sobre mi o cualquier miembro de la familia con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello el presente documento.

Firma del asegurado principal

Firma del asegurado 2

Firma del asegurado 3

Firma del asegurado 4

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario, el número de registro SCVS-1-2-SF-48-258004419-30092020, el 30 de septiembre de 2020.