

# SOLICITUD DE SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

## DATOS DEL SEGURO SOLICITADO

Vigencia desde: \_\_\_\_\_ Vigencia hasta: \_\_\_\_\_ Moneda: Dólares  
Plan a contratar: Plan A  Plan B  Plan C  Plan D  Plan E  Forma de Pago: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad cumplida: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES DEL CONTRATANTE

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CONTRATANTE

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_  
Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
Actividad actual: Empresario  Empleado  Estudiante  Ama de casa  Otros: \_\_\_\_\_  
Origen de fondos: Empresa  Salario  Ahorro  Herencia  Otros: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO MÉDICO DEL ASEGURADO

¿Ha padecido o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?

	SI	NO
a. Cáncer, tumores, leucemia, lupus, linfoma, quistes u otro tipo de enfermedad oncológica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hipertensión arterial, arritmia, infarto al miocardio u otra enfermedad cardiovascular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trastornos neurológicos o cerebrovasculares, aneurisma, epilepsia, parálisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hepatitis B o C, cirrosis hepática, pancreatitis, diabetes mellitus, insuficiencia renal, agenesia renal, glomerulonefritis o alguna enfermedad congénita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Colesterol o triglicéridos elevados, angina de pecho, malformaciones arterio-venosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Trasplante o extirpación de algún órgano vital o parte de éste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Esclerosis múltiple u otra enfermedad autoinmune o del tejido conectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para respuestas afirmativas, indicar nombre de la enfermedad, fecha en que ocurrió, el tratamiento al que se sometió, secuelas, estado actual de la enfermedad o padecimiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos del beneficiario	Identificación	Parentesco

## CONSENTIMIENTO ARBITRAJE

¿Desea someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia en este contrato? SI  NO

## AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Por este medio autorizo a Seguros América debitar de mi tarjeta el valor correspondiente a la prima según el plan seleccionado en esta solicitud, en concepto de pago de Seguro de Enfermedades Graves.

No. de tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_ Banco emisor: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro haber sido informado de forma clara, completa, oportuna y adecuada sobre los alcances y consecuencias del seguro a ser contratado, así mismo declaro haber recibido y leído las Condiciones Generales del Seguro de Enfermedades Graves a ser contratado.

Para todos los efectos legales de esta Solicitud de Seguro, declaro que las respuestas arriba mencionadas, son claras y completas hasta donde llegan mis conocimientos y cualquier declaración falsa, será motivo para anular las coberturas de este Contrato de Seguro. Asimismo, autorizo en vida como posterior a la muerte, a cualquier médico, hospital, clínica, Compañías de Seguros u otras Instituciones o personas que tengan conocimiento o registro de mi persona o mi salud, para que puedan dar cualquier información solicitada por Seguros América, S.A.

Firmado en la Ciudad de: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante  
(Conforme cédula de identidad)

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado  
(Conforme cédula de identidad)

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario  
(Conforme cédula de identidad)