

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:
 Cédula/DPI No.: Extendida(o) en: Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
DÍA MES AÑO CIUDAD PAÍS
 Estado Civil: Casado Soltero Ocupación/Puesto
 Teléfono: Teléfono Celular: Correo Electrónico:

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	Cédula/DPI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
MES AÑO
 Emisor de Tarjeta: American Express Diners Club Master Card Visa
 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

^A PUEDE UTILIZARSE ÚNICAMENTE EN FORMA DE PAGO: ANUAL, SEMESTRAL O TRIMESTRAL | ^B ÚNICAMENTE PARA PRODUCTOS ESPECÍFICOS

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	Cédula/DPI	Fecha de nacimiento			Estatura METROS	Peso LIBRAS
				DÍA	MES	AÑO		
A.								
B.								
C.								
D.								
E.								

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 su respuesta fuera afirmativa en alguna de ellas, coloque la fecha cuando sucedió y especifique el tipo de diagnóstico que se obtuvo.

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

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

Indique el número de la pregunta, fecha de cuando sucedió y especifique el tipo de diagnóstico:

--	--	--

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.

Fecha:

DÍA	MES	AÑO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR/SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE^{PC}

^{PC}APLICA ÚNICAMENTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS