

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PÓLIZA DE SEGUO COLECTIVO

SEGUO DE VIDA <input type="checkbox"/>		MÉDICO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>		ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>	
Suma asegurada o categoría		Suma asegurada o categoría		Suma asegurada o categoría	
Certificado	Póliza	Certificado	Póliza	Certificado	Póliza
Contratante			Empresa o división		

DATOS DEL ASEGURADO					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre		Apellido de casada		Documento de identidad	
Tipo de documento		NIT		Edad	
Sexo		Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Estado civil		Profesión u oficio		Estatura mts	
Peso lbs		Cargo que desempeña		Sueldo mensual	
Fecha de ingreso		Correo electrónico			
Dirección					

DEPENDIENTES PARA EL SEGUO MÉDICO HOSPITALARIO						
1	Nombre			Fecha de nacimiento		
	Estatura mts		Peso lbs			
2	Parentesco		Documento de identidad		Tipo de documento	
	Profesión u oficio		Nombre		Fecha de nacimiento	
3	Estatura mts		Peso lbs			
	Parentesco		Documento de identidad		Tipo de documento	
4	Profesión u oficio		Nombre		Fecha de nacimiento	
	Estatura mts		Peso lbs			
5	Parentesco		Documento de identidad		Tipo de documento	
	Profesión u oficio		Nombre		Fecha de nacimiento	

BENEFICIARIOS PARA EL SEGUO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES			
Nombre		Parentesco	Porcentaje

INFORMACIÓN ADICIONAL				
a) ¿Ha tenido usted o alguno de sus dependientes algún seguro similar al que está solicitando? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Quién?	¿Qué seguro?	¿Con qué compañía?	Suma asegurada	Vencimiento
b) ¿Usted o alguno de sus dependientes fuma, consume bebidas alcohólicas o drogas estupefacientes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Quién?	¿Qué consume?	¿Con qué frecuencia?	¿Desde cuándo?	¿Hasta cuándo?

