

Código: SPN-F.GTP-61

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Categoría del empleado: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

**Datos generales del asegurado:**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Cédula de identidad <input type="checkbox"/>		Carnet residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento: <small>Día</small> <small>Mes</small> <small>Año</small>		Edad: <small>Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></small>
Nacionalidad:		Profesión u oficio:		
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>		Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Estatura en metros:		Peso en libras:		
Cargo que desempeña:		Departamento:	Fecha de ingreso a la compañía:	
Sueldo mensual:		Sucursal:	Número de afiliación al Seguro Social:	

**Datos del conyuge:**

Nombre:	
Empresa donde labora:	
Celular:	E-mail

**Dirección del asegurado:**

País:	Departamento:	Ciudad / Municipio:		
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.:
Teléfono:	Celular:	E-mail:		

**Beneficiarios del seguro de vida**

Por este medio declaro como único beneficiario de mi seguro de vida a la empresa contratante que ha suscrito la póliza para la cual he completado esta solicitud, con el propósito de cubrir la responsabilidad laboral en base a lo establecido en el Código de Trabajo; Si la suma asegurada contratada supera la obligación laboral del contratante de esta póliza; designo como beneficiario(s) por el remanente de la suma asegurada si existiere a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**Beneficiarios de contingencia**

En caso de fallecimiento de el (los) beneficiario(s) designado(s) por el remanente de la suma asegurada; si existiere, nombro como beneficiario(s) de contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

**Declaración de salud**

- Si o No**
1. ¿Ha sido víctima de algún accidente? ¿Y que secuelas? \_\_\_\_\_
  2. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
  3. ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por que? \_\_\_\_\_
  4. ¿Usa drogas catalogadas como estimulantes o narcóticos, ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieren prescripción médica? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**Muy importante para el solicitante (debe leerse antes de firmar)**

Se advierte que conforme al artículo 1141 y 1143 del código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto a los hechos que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones. AUTORIZO por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que me han atendido en la recuperación de mi salud, para que suministren a: INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevandolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

Autoriza a LA COMPAÑÍA, para que los documentos que acreditan la celebración de la póliza de Seguros, incluyendo las Condiciones Generales así como cualquier modificación realizada, pueden ser enviados al correo electrónico indicado en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del patrono contratante

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_