

Código: SPN-F.GTP-62

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 ☐	Carnet residencia ☐	Pasaporte ☐	No. identificación	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día Mes Año	Edad:	Sexo: M ☐ F ☐
Nacionalidad:	Profesión u oficio:			
Estado civil: Soltero(a) ☐	Casado(a) ☐	Divorciado(a) ☐	Unión libre ☐	Viudo(a) ☐
Estatuta 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			
Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

Beneficiarios de contingencia

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario(s) anteriormente designado(s) nombro como beneficiario(s) de Contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

Declaratoria de salud

1. ¿Ha sido victima de algun accidente? ¿Y que secuelas? _____ ☐ Si ☐ No
2. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirurgica? ¿Cuándo? _____ ☐ Si ☐ No
3. ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué? _____ ☐ Si ☐ No
4. ¿Usa drogas catalogadas como estimulantes o narcóticos, ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieren prescripción médica? ¿Cuáles? _____ ☐ Si ☐ No

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 del patrono contratante

_____ de _____ del 20____