

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

Contrato No.		Ciudad y Fecha:		Periodicidad																																									
Nombres y Apellidos del Solicitante			Fecha Nacimiento		Edad																																								
			DIA MES AÑO																																										
Documento de Identidad		Ocupación		Dirección y Teléfono																																									
CONDICIONES DE SEGURO																																													
FECHA INICIACION CONTRATO			VALOR ASEGURADO		PRIMA MENSUAL																																								
DIA MES AÑO																																													
TIENE OTRO CREDITO CON GIROS & FINANZAS?		SI		NO	MONTO CREDITO ANTERIOR																																								
BENEFICIARIOS																																													
NOMBRE		PARENTESCO		%	IDENTIFICACION																																								
<p>Yo abajo firmante declaro que:</p> <p>() En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.</p> <p>() Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con X</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%;">Enfermedad Cardiovascular</td> <td style="width:5%;">SI</td> <td style="width:5%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:5%;">NO</td> <td style="width:5%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:30%;">Diabetes</td> <td style="width:5%;">SI</td> <td style="width:5%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:5%;">NO</td> <td style="width:5%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hipertension Arterial</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sida</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cancer</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otra Enfermedad Preexistente</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad Cerebrovascular</td> <td>SI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Detalle _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Enfermedad Cardiovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hipertension Arterial	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Sida	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cancer	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Otra Enfermedad Preexistente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cerebrovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Detalle _____				
Enfermedad Cardiovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																				
Hipertension Arterial	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Sida	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																				
Cancer	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Otra Enfermedad Preexistente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>																																				
Enfermedad Cerebrovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Detalle _____																																								
<p>Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que he dado a mis obligaciones y mi información comercial disponible. Sin perjuicio de lo estipulado por el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aún después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades y mi profesión u oficio son lícitos. Declaro que conozco y acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de vida grupo a que accede esta solicitud.</p>																																													
<p>IMPORTANTE: NO FIRME SIN LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL SIGUIENTE DOCUMENTO, Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente declaración, el contrato de seguro será nulo (art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).</p>																																													
<p>_____ Firma del Solicitante CC.</p>																																													