



SOLICITUD DE INSCRIPCION DE COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS (BREVE)

POLIZA SALUD NO. _____ POLIZA VIDA NO. _____ CERTIFICADO NO. _____

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO DE CASADA
CÉDULA O PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO		EMAIL	
			APARTADO POSTAL	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL COMPLETA:				TELÉFONO RESIDENCIAL
EMPLEADOR	DIRECCIÓN DE TRABAJO			TELÉFONO DE TRABAJO
				FAX
OCUPACIÓN	SALARIO MENSUAL	FECHA DE EMPLEO	ESTADO CIVIL	GÉNERO
			S C D V	M F

TIENE OTRA PÓLIZA DE SALUD O VIDA? SÍ ___ NO ___	CIA. DE SEGUROS.	ASEGURADO:	PÓLIZA
---	------------------	------------	--------

INFORMACIÓN DE ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD

NOMBRES / APELLIDOS	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	PAIS DE NACIMIENTO	NÚMERO CÉDULA														
		DIA	MES	AÑO																	
CÓNYUGE																					
HJO(S)																					

B. COBERTURA COLECTIVO VIDA (SOLO SI APLICA)		SUMA ASEGURADA: \$	
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%
Beneficiario	Parentesco	Cédula No.	%

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, de igual forma aplica para los beneficiarios contingentes, si fuera el caso. Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza será pagado a _____ con CIP No. _____, o en defecto a _____ con CIP No. _____, a quienes he instruido sobre la forma en que se deberá(n) disponer los dineros que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como supervisor la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba señalada(s) de(n) a la indemnización producto del presente seguro. Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a la Compañía única y exclusivamente cuando hubiese sido notificado por escrito a esta última y registrado en los archivos de la Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados o acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio de beneficiario.

AUTORIZACION PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES (DATOS DEL BANCO)

Nombre de la cuenta: Banco:

No. de la cuenta: Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Firma: Cédula:

Correo electrónico:

(Importante para que reciba la hoja de Liquidación de los reclamos presentados, objeto del pago efectuado a su cuenta)

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de seguro de grupo contratada entre el CONTRATANTE (Empresa), arriba nombrado y ASSICURAZIONI GENERALI, S.p.A. En consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes en relación con el mencionado seguros.

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las declaraciones para apreciación de riesgo que forma parte de la misma, son verdaderos y completos. Igualmente el solicitante declara que la información proporcionada en esta solicitud, la cual formará parte integrante del contrato de seguro, es conforme a la verdad y que no se han hecho omisiones u ocultaciones intencionales. Conviene además que el seguro entrará en vigor una vez esta solicitud haya sido aceptada por la Compañía de Seguros. El abajo firmante ratifica ser exacta y sinceras las contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida pudiendo ser causa de nulidad de cobertura de seguros cualquier inexactitud u omisión contenidas en la presente solicitud, y releva expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en dolencia y le autoriza a revelar a la Compañía todos los datos y antecedente patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarle sus servicios.

Firma el Empleado

Fecha

Firma del Contratante

Fecha