

Solicitud y Declaración de Asegurabilidad Para el Amparo Adicional de Incapacidad Total y Permanente (ITP) Póliza Seguro de Vida con Ahorro - Skandia Crea Ahorro



A través de este formato usted solicita a Skandia Seguros de Vida S.A. el amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente (ITP). Diligencie todas las casillas sin omitir ninguna en letra imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

Póliza / Contrato No.																			
Ciudad	Fecha de Diligenciamiento										Día	Mes	Año						

Información Asegurado

Nombres		Apellidos												
Tipo y Número de Identificación:		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No.									
Dirección de Residencia			Ciudad			Departamento			País			Género		
												M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
Empresa Donde Labora				Cargo				Teléfono						

Cuestionario médico y Declaración de Asegurabilidad

1. Ha sentido/sufrido o ha sido diagnosticado de:

a. Infarto al miocardio, afección del corazón, dolor del pecho, hipertensión, soplo cardiaco u otra enfermedad cardiovascular.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b. Cáncer, tumor, leucemia u otra enfermedad sanguínea.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c. Hepatitis, enfermedad del hígado, aparato digestivo, riñones, aparato urológico (incluyendo próstata) o ginecológico (incluye alteraciones a las mamas).	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d. Diabetes, colesterol alto, enfermedad de la tiroides u otras glándulas, asma u otra enfermedad respiratoria crónica.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
e. Epilepsia, derrame o infarto cerebral, parálisis u otra enfermedad del sistema nervioso.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
f. Trastorno mental, ansiedad, depresión, abuso de alcohol o adicción a las drogas.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
g. Alguna otra enfermedad no mencionada.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

2. ¿Ha padecido alguna enfermedad física o mental por la cual haya sido incapacitado, incluso haya sido hospitalizado? SI NO

Si la respuesta en alguna de las preguntas anteriores fue afirmativa, por favor proporcione la siguiente información:

Enfermedad / lesión	Fecha de inicio	Tipo de Tratamiento	Estado Actual
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier droga psicoactiva? SI NO

4. ¿Desarrollo una actividad laboral o extracurricular tales como: Policial, militar, de seguridad pública, de pilotaje de avión, en globo aerostático, de paracaidismo, parapente, montañismo, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, deportes ecuestres, esquí, boxeo, artes marciales, o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer su vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? SI NO

En caso afirmativo por favor proporcione detalles de la actividad y frecuencia _____

Declaraciones

- Declaro que la información suministrada en este documento es verídica.
- Declaro que he leído y comprendido los textos de esta solicitud.
- Declaro que recibí y entendí la información referente al producto.
- Declaro que recibí y entendí la información referente al producto, en especial las condiciones generales de la póliza

Registro de Firma Asegurado

He leído y comprendido la presente Solicitud así mismo certifico que las declaraciones en ella contenidas corresponden a la verdad, y que en ellas no hay una declaración inexacta o reticente.

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p>Área para sticker de radicación</p> </div>	<p>Firma</p> <div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <p>Identificación No. _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 100%;"> <p>Huella Índice Derecho (Dato Sensible)</p> </div>
--	---	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA