



Solicitud Seguro Colectivo

Fecha: _____

Código deudor: _____

Número de póliza: _____

Datos del solicitante

Nombres y apellidos del solicitante: _____

Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Lugar de nacimiento: _____ Cédula o pasaporte: _____

Sexo: M F Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

Dirección: Calle: _____ Edificio: _____

Número: _____ Sector: _____ Ciudad: _____

Empleado / Miembro de: _____ Entidad asegurada: _____ Ocupación: _____ Ingresos mensuales RDS: _____

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Teléfono: _____ Extensión: _____ Plan: _____

Correo electrónico: _____

Dependientes asegurados

Nombres y apellidos completos	Parentesco	Fecha de nacimiento			Fecha de vigencia			Fecha de expiración		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Beneficiarios seguro de vida

Nombres y apellidos completos	Parentesco	Porcentaje	Fecha de nacimiento		
			Día	Mes	Año

Declaración jurada estado de salud asegurados

- a) ¿Ha padecido alguna enfermedad o sufrido alguna lesión? Sí No
- b) ¿Ha consultado o ha sido tratado con relación a su estado de salud, física o mental? Sí No
- c) ¿Ha recibido transfusiones de sangre, se le practicó o recomendó la prueba del SIDA? Sí No
- d) ¿Ha estado en calidad de paciente en algún hospital, clínica o sanatorio? Sí No
- e) ¿Estado de embarazo? Sí No

En caso de respuesta (s) afirmativa (s), deberá especificar diagnóstico, fecha, médico, clínica, estado actual.

Por este medio, AUTORIZO expresamente a SEGUROS BANRESERVAS, para realizar las consultas y revisión de mi historial crediticio en cualesquiera de las Sociedades acreditadas en el país, para fines de la evaluación de riesgo con relación a la solicitud de cotización o póliza de seguro durante la vigencia de la misma. Así mismo declaro que conozco la naturaleza y el alcance de la información que será solicitada, para el uso exclusivo de SEGUROS BANRESERVAS.

No escriba aquí					Fecha efectiva
					Vida
					MAD
					PACI
					DEP

Para uso exclusivo de la compañía de seguros

Declaro que no he omitido nada relacionado a mi estado de salud, ni el de mis dependientes, y en caso de declaraciones inexactas y/o fraudulentas, este contrato podrá ser inválido. Autorizo a cualquier médico o centro de salud a revelar información sobre mi estado y de mis dependientes.

Firma solicitante _____

Fecha _____