



Señores Seguros El Roble, S.A. atentamente me dirijo a ustedes para solicitarles se proceda a efectuar lo siguiente en:

Póliza No. \_\_\_\_\_ Afiliada No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I – DATOS DEL ASEGURADO | ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Cédula / DPI No.: \_\_\_\_\_ Extendida (o) en: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO CIUDAD PAÍS

Estado Civil: Casado  Soltero  Ocupación / Puesto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II – CAMBIO DE BENEFICIARIO**

Revocar la designación anterior y nombrar como nuevo(s) Beneficiario(s) en caso de mi fallecimiento a:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	Cédula/DPI

Me reservo el derecho de cambiar a mi(s) beneficiario(s) sin previo aviso a el(los) mismo(s).

**SECCIÓN III – EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEPENDIENTES DEL SEGURO**

Excluir del programa de Seguro a la(s) siguiente(s) persona(s) detallada(s) a continuación:

Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s) del Asegurado	Parentesco	Fecha de Baja Solicitada
		<small>DÍA MES AÑO</small>

**SECCIÓN IV – AUTORIZACIÓN DE COBRO | CAMBIO EN MEDIO DE PAGO DE PRIMA DEL SEGURO**

Autorizo a debitar la(s) prima(s) correspondiente(s) del seguro de la póliza indicada anteriormente con base a la forma y medio de pago del cual indico los detalles a continuación y en la fecha designada por La Compañía:

Forma de Pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Prima \_\_\_\_\_ Moneda \_\_\_\_\_

Tarjeta de Crédito No. \_\_\_\_\_ Banco o Empresa Emisora de la Tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento \_\_\_\_\_  
MES AÑO

Emisor de Tarjeta:  American Express  Diners Club  Master Card  Visa  Otra \_\_\_\_\_

Cuenta Banco Industrial, S.A.:  Monetaria  Ahorro No. \_\_\_\_\_

Otras Formas:  Efectivo<sup>A</sup>  Mensajero Cobrador<sup>B</sup>  Nomina Salarial<sup>B</sup>

Facturar a nombre de: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro<sup>B</sup>: \_\_\_\_\_

Por este medio entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago, hasta que yo notifique por escrito a La Compañía, lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza. La Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de la prima, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente.

Asimismo, autorizo utilizar el presente formulario para realizar los débitos correspondientes a futuras renovaciones de mi póliza, a menos que notifique lo contrario a La Compañía, por medio escrito, previo al inicio de la vigencia de la renovación. Si por alguna razón el medio de pago seleccionado no tuviera disponibilidad al procesar el débito, al siguiente mes se debitará la cuota del mes anterior y la del mes que corresponde para no entrar en mora.

Nombre Completo del Titular  
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

Firma Registrada del Titular  
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

<sup>A</sup> PUEDE UTILIZARSE ÚNICAMENTE EN FORMA DE PAGO: ANUAL, SEMESTRAL O TRIMESTRAL | <sup>B</sup> ÚNICAMENTE PARA PRODUCTOS ESPECÍFICOS

**ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO**

**SECCIÓN V – INCLUSIÓN DE ASEGURADO TITULAR<sup>PC</sup> Y/O DEPENDIENTE(S) AL SEGURO (Declaración de Salud)**

Incluir al programa de Seguro a la(s) siguiente(s) persona(s) detallada(s) a continuación:

	Nombre(s) y Apellido(s) Completo(s)	Parentesco	Cédula/DPI	Fecha de nacimiento			Estatura METROS	Peso LIBRAS
				DÍA	MES	AÑO		
A.								
B.								
C.								
D.								
E.								

**Para el Asegurado Titular<sup>PC</sup> y su(s) Dependiente(s):** Si sufre(n) o ha(n) sufrido Usted y/o su(s) Dependiente(s) previamente alguno de las siguientes enfermedades, marque la casilla apropiada. Todas las preguntas deben ser contestadas, si alguna de sus respuestas fuera afirmativa, coloque los datos requeridos en el espacio final de las preguntas.

	SI	NO	A	B	C	D	E
1. ¿Se encuentra actualmente con mala salud?							
2. ¿Ha estado ausente de su trabajo por enfermedad o lesión durante los últimos tres meses?							
3. ¿Ha consultado al médico durante los últimos doce meses?							
4. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución similar en los últimos tres meses?							
5. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo o tratamiento?							
6. ¿Tiene intención de realizarse o se le ha recomendado efectuarse una operación quirúrgica?							
7. ¿Tiene o ha tenido trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas estupefacientes?							
8. ¿Tiene algún defecto físico, deformidad o mala salud no especificado en este formulario?							
9. ¿Ha sido sometido a Tratamiento de Fertilidad?							
10. ¿Se ha efectuado algún examen de SIDA?							
11. Si usted es mujer (o alguna de sus dependientes), ¿está(n) actualmente embarazada(s)?							
12. ¿Se encuentra en la menopausia? Indique si toma estrógenos y la dosis							

ENFERMEDAD		SI	NO	A	B	C	D	E	ENFERMEDAD		SI	NO	A	B	C	D	E
13. <input type="checkbox"/> Boca	<input type="checkbox"/> Dientes								28. <input type="checkbox"/> Hipertensión Art.	<input type="checkbox"/> Diabetes							
14. <input type="checkbox"/> Esófago	<input type="checkbox"/> Estómago								29. <input type="checkbox"/> Enf. Cardiovasculares								
15. <input type="checkbox"/> Intestinos	<input type="checkbox"/> Vesícula Biliar								30. <input type="checkbox"/> Desórdenes Hormonales								
16. <input type="checkbox"/> Recto	<input type="checkbox"/> Ano								31. <input type="checkbox"/> Enf. de las Vías Urinarias y los Riñones								
17. <input type="checkbox"/> Enf. del Hígado	<input type="checkbox"/> Enf. del Páncreas								32. <input type="checkbox"/> Enf. de Músculos	<input type="checkbox"/> Reumatismo							
18. <input type="checkbox"/> Útero	<input type="checkbox"/> Ovarios								33. <input type="checkbox"/> Enf. de Articulaciones	<input type="checkbox"/> Enf. de Huesos							
19. <input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Testículos								34. <input type="checkbox"/> Ligamentos	<input type="checkbox"/> Tendones							
20. <input type="checkbox"/> Mamas	<input type="checkbox"/> Tiroides								35. <input type="checkbox"/> Enfermedades o Molestias de Espalda								
21. <input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Hernias								36. <input type="checkbox"/> Columna Vertebral	<input type="checkbox"/> Médula Espinal							
22. <input type="checkbox"/> Tumor Benigno	<input type="checkbox"/> Tumor Maligno								37. <input type="checkbox"/> Cirugías Estéticas	<input type="checkbox"/> Enf. de la Piel							
23. <input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Epilepsia								38. <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Trasplante(s)							
24. <input type="checkbox"/> Desórdenes Neurológicos									39. <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales								
25. <input type="checkbox"/> Defectos Físicos/Mentales de nacimiento									40. <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades o Desórdenes								
26. <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias								41. <input type="checkbox"/> Enf. Oculares								
27. <input type="checkbox"/> Enf. Pulmonares	<input type="checkbox"/> Oídos								42. <input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Garganta							

Indique el número de la pregunta, fecha de cuando sucedió y especifique el tipo de diagnóstico:

Por este medio autorizo el(los) movimiento(s) señalado(s) en este formulario, entiendo que estos cambios se harán efectivos a partir del día uno (1) del mes siguiente de la fecha de haber completado y entregado este formulario a la Compañía. Estoy de acuerdo en pagar cualquier incremento en la prima que pueda afectar el cambio o modificación solicitada que genere cobro adicional. Asimismo, por este medio declaro que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas, que son la base sobre la que solicito el seguro bajo la Póliza. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante, hospital o sanatorio para que proporcione a Seguros El Roble, S.A., cualquier información que solicite necesaria con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo o cualquier miembro de mi familia haya recibido.

Fecha:

DÍA	MES	AÑO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR/SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE<sup>PC</sup>

<sup>PC</sup> APLICA ÚNICAMENTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

**ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO**