

Formulario de Asegurabilidad

Sírvase llenar cada uno de los ítems de este formulario con un solo color de tinta, con letra imprenta y legible. La información aquí descrita será considerada como confidencial



1.- Datos del Asegurado

No. De Cédula	_____	Nombres	_____
Apellidos	_____	Ocupación	_____
Estado Civil	_____	Femenino	<input type="checkbox"/>
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	_____
Lugar de Nacimiento	_____		
Dirección de Domicilio	_____		
	Provincia - Ciudad - Barrio o Sector- Calle Principal Calle Transversal Numero Edificio Departamento		
Dirección de Trabajo	_____		
	Provincia - Ciudad - Barrio o Sector- Calle Principal Calle Transversal Numero Edificio Departamento		
Teléfonos:	_____	Correo electrónico	_____
	Convencional	Celular	

2.- Declaración de Asegurabilidad

A) Sufre o ha sufrido alguna de estas enfermedades: problemas de corazón, COVID, hipertensión, diabetes, derrame cerebral, cáncer, tumores, problemas pulmonares crónicos, epilepsia, asma, problemas inmunológicos, problemas renales, o alguna enfermedad diagnosticada que no se encuentre dentro de las listadas anteriormente.

SI NO

Detalle

Tipo de Enfermedad _____ Fecha de Diagnóstico _____

Mantiene control médico: SI NO

Secuelas o Complicaciones: _____

B) Tiene en la actualidad enfermedad o pérdida funcional anatómica SI NO

C) Ha sufrido algún accidente que le impida desempeñar labores propias de su ocupación
SI NO

Detalle

Fecha de accidente _____ Tratamiento _____

Secuelas _____

D) Sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente SI NO

Motivo _____ Fecha Estimada _____

E) Tiene actualmente alguna discapacidad SI NO

Detalle

Fecha de diagnóstico _____ Tratamiento _____

* En caso de ser afirmativo adjuntar carnet de Conadis

Observaciones: _____

Garantizo que las respuestas que anteceden son exactas y verdaderas. Acepto que estas declaraciones sean parte integrante de mi contrato de Seguro.

Acepto que, de conformidad con lo que establece el Artículo 14 del Derecho Supremo 1147 que indica: "El solicitante del seguro está obligado a declarar objetivamente el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la falsedad acerca de aquellas circunstancias que, conocidas más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro, con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado", mi cobertura estará viciada de nulidad en caso de que esta declaración haya sido rendida con reticencia o falsedad.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado del hospital o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre a Sweaden Seguros S.A. toda la información que ella considere necesaria en cualquier tiempo.

De existir una respuesta afirmativa a una de las preguntas, no significará un rechazo a su cobertura, sino que estará sujeta a la aprobación de Sweaden Seguros S.A.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente anexo el número de registro 50507 con oficio No. SCSV-INS-DNCTSR-2018-00075683-O del 06 de septiembre del 2018

* AUTORIZO por medio de la presente a SWEADEN COMPAÑÍA DE SEGUROS a anular la póliza en caso de no haber cubierto el valor de esta en el lapso de 30 días.

Firmo este documento en señal de aceptación, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

ASEGURADO

CI:

