

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Fecha de solicitud / Día / Mes / Año Póliza No. Asegurado No.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento / Día / Mes / Año	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	Número
Fecha de efectividad del movimiento / Día / Mes / Año	Plan o Categoría		

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

1. Nombre		Apellido	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	NIT	Fecha de nacimiento
Nacionalidad	Peso	Estatura	DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número
2. Nombre		Apellido	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	NIT	Fecha de nacimiento
Nacionalidad	Peso	Estatura	DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número
3. Nombre		Apellido	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a)	NIT	Fecha de nacimiento
Nacionalidad	Peso	Estatura	DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número

DECLARACIÓN DE SALUD

1. ¿Padece o ha padecido alguno de sus dependientes de las siguientes enfermedades?
 Enfermedades Cardíacas Enfermedades Renales Cáncer Diabetes Hipertensión Arterial Afecciones de la Próstata
 En caso afirmativo, indicar quién y desde cuándo: _____
2. ¿Alguno de sus dependientes fuma? Sí No En caso afirmativo, indicar quién y desde cuándo: _____
3. ¿Ha padecido alguno de sus dependientes lesiones o enfermedades durante los últimos 3 años? Sí No
 En caso afirmativo, indicar quién y diagnóstico: _____
4. ¿Se ha recomendado a alguno de sus dependientes una intervención quirúrgica o tratamiento médico? Sí No
 En caso afirmativo, indicar quién, en qué fecha y el procedimiento recomendado: _____
5. ¿Alguna de sus dependientes se encuentra embarazada? Sí No
 En caso afirmativo indicar quién y de cuántas semanas: _____

Acepto expresamente que las coberturas del seguro que solicito tendrán vigencia a partir de la aceptación por escrito de Aseguradora ABANK, S.A. Seguros de Personas, y certifico que las respuestas o declaraciones manifestadas en este formulario son verídicas y están completas. Reconozco y acepto que la información suministrada servirá de base para la aprobación del seguro solicitado y que la inexacta o falsa declaración de los hechos que expresamente se preguntan en el cuestionario podrán originar la pérdida de mis derechos como asegurado.

(*) Favor anexar a este formulario los siguientes documentos:

1. Copia de DUI para dependientes mayores de 18 años | 2. Copia de partida de nacimiento para recién nacidos

_____	_____
Firma y sello del contratante	Firma del titular
_____	_____
Firma y Código del Intermediario	Firma y Código del Gte. de Negocios

Para ser completado por la Compañía

Recibido por	Fecha / Día / Mes / Año
Procesado por	Fecha / Día / Mes / Año