



SEGURO DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER SOLICITUD DE SEGURO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Sexo M ☐ F ☐	Lugar de Nacimiento	Edad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ V	Nombre completo del cónyuge		
Tipo de identificación Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residencia ☐			Número de Identificación
Nacionalidad	Dirección Completa de residencia:		
Teléfono de Residencia	Teléfono Celular	Correo Electrónico (Obligatorio)	
Nombre de la empresa donde labora o Negocio propio si es independiente			Cargo que desempeña
Teléfono del Trabajo o Negocio		Correo Electronico	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s), (Especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			
Cuestionario de Salud :			
1. ¿Ha estado hospitalizado (a) o se le ha diagnosticado alguna enfermedad en los últimos 12 meses? Indicar la causa si fue hospitalización o la enfermedad diagnosticada.			
2. ¿Le ha sido diagnosticado presencia de algún tumor o enfermedad maligna, ganglios inflamados, fiebre de origen no determinada o pérdida de peso sin causa?			
3. Si es hombre indicar: ¿Ha tenido problemas de próstata, vejiga o riñones? Si es mujer indicar: ¿Ha tenido o le han diagnosticado enfermedades fibroquísticas de la mama o del aparato reproductor (útero, ovarios)?			
4. ¿Tiene o ha tenido cualquier otro padecimiento de alguna enfermedad que no se le haya mencionado en las anteriores preguntas?			

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA DE CÁNCER: DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ

La Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el Certificado Individual, según el Plan contratado, en caso le sea diagnosticado un Cáncer cubierto por primera vez en su vida y que tal Diagnóstico ocurra dentro de la vigencia del Seguro y una vez transcurridos los Periodos de Carencia y Espera.

PLAN ☐ Plata ☐ Oro ☐ Platino RANGO DE EDAD ☐ 18-44 ☐ 45-54 ☐ 55-60

Nombre del Solicitante:

Firma del Solicitante:

Lugar y Fecha de la Solicitud:

No. De Tarjeta de crédito/Debito :

Como asegurado de la póliza declaro:

- Conocer las condiciones de cobertura, incluyendo las limitaciones y exclusiones declaradas en las Condiciones Generales y Certificado individual de cobertura.
- Que la información brindada en esta solicitud es verdadera.