

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD FONSABANA



Nº de Solicitud/Póliza: **40 2998 00** D.V.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: _____ Nombres: _____

Tipo Doc.: C.C. C.E. Número de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: **DI** **MI** **AI** **JA** Estado Civil: Casado: Viudo: Divorciado: Soltero: U. Libre:

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____ Teléfono: _____

Ingreso Mensual: \$ _____ A cuanto asciende su patrimonio? _____ Estatura: _____ Cms. _____ Peso: _____ Kgs. _____ Profesión: _____

Ocupación Actual: _____ ¿Fuma? Si: No: ¿Bebe Alcohol? Si: No: Cuantos cigarrillos diarios? _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____

Número de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Ha recibido o practicado o piensa recibir instrucciones para pilotear aeronaves?: Si: No: Deportes que practica: _____ Frecuencia: _____

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud y que no he padecido ni se me ha diagnosticado ningún tipo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, cáncer, alcoholismo, diabetes o SIDA, ni en general ningún tipo de enfermedad grave, crónica o infecciosa alguna.

Asimismo declaro que no realizo actividad ilícita alguna y que no estoy inmerso en ningún proceso penal.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. para que a partir de la firma de la presente solicitud y aun después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos.

De la misma manera, la autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y para confirmar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos agravados e indemnizaciones.

Para valores asegurados superiores a \$5.000.000 de debe diligenciar la siguiente información.

¿Ha padecido o se le ha diagnosticado alguna enfermedad? Si: No: Cual: _____ Fecha: _____

Firma del Asegurado
C.C.

Huella Índice Derecho
del Asegurado