

**El Roble**
Seguros y Fianzas

Formulario Único para Movimientos del Seguro de Vida y Gastos Médicos | Pólizas Individuales y Colectivas

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 DATOSNombre completo: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Dirección: _____ NIT: _____

Cédula / DPI No.: _____ Extendida (o) en: _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
DÍA MES AÑO CIUDAD PAÍSEstado 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
		DÍA MES AÑO

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^A ☐ Mensajero Cobrador^B ☐ Nomina Salarial^B

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____

Dirección de Cobro^B: _____

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 DebitarFirma Registrada del Titular
de la Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar^A PUEDE UTILIZARSE ÚNICAMENTE EN FORMA DE PAGO: ANUAL, SEMESTRAL O TRIMESTRAL | ^B ÚNICAMENTE PARA PRODUCTOS ESPECÍFICOS**ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO**

SECCIÓN V – INCLUSIÓN DE ASEGURADO TITULAR^{PC} 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^{PC} 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. ☐ Boca	☐ Dientes								28. ☐ Hipertensión Art.	☐ Diabetes							
14. ☐ Esófago	☐ Estómago								29. ☐ Enf. Cardiovasculares								
15. ☐ Intestinos	☐ Vesícula Biliar								30. ☐ Desórdenes Hormonales								
16. ☐ Recto	☐ Ano								31. ☐ Enf. de las Vías Urinarias y los Riñones								
17. ☐ Enf. del Hígado	☐ Enf. del Páncreas								32. ☐ Enf. de Músculos	☐ Reumatismo							
18. ☐ Útero	☐ Ovarios								33. ☐ Enf. de Articulaciones	☐ Enf. de Huesos							
19. ☐ Próstata	☐ Testículos								34. ☐ Ligamentos	☐ Tendones							
20. ☐ Mamas	☐ Tiroides								35. ☐ Enfermedades o Molestias de Espalda								
21. ☐ Sangre	☐ Hernias								36. ☐ Columna Vertebral	☐ Médula Espinal							
22. ☐ Tumor Benigno	☐ Tumor Maligno								37. ☐ Cirugías Estéticas	☐ Enf. de la Piel							
23. ☐ Migraña	☐ Epilepsia								38. ☐ Cáncer	☐ Trasplante(s)							
24. ☐ Desórdenes Neurológicos									39. ☐ Trastornos Mentales								
25. ☐ Defectos Físicos/Mentales de nacimiento									40. ☐ Otras Enfermedades o Desórdenes								
26. ☐ Asma	☐ Alergias								41. ☐ Enf. Oculares								
27. ☐ Enf. Pulmonares	☐ Oídos								42. ☐ Nariz	☐ 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:

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR/SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE^{PC}
^{PC}
APLICA ÚNICAMENTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE PUEDE SER PRESENTADO CON FIRMA ORIGINAL DEL ASEGURADO