Liberty Seguros S.A.

Solicitud Individual
Seguro de Vida Grupo

Sucursal	Fecha (Día Mes Año)
Ramo	**Póliza**

Favor diligenciar este formato en letra imprenta

TOMADOR

Entidad Contratante FONDO DE EMPLEADOS FONGASES		NIT. 830.502.211-3
E-mail fongases@gmail.com		Celular 3158186272
Dirección CRA 68 No. 11 - 51	Ciudad BOGOTA D.C.	Teléfono

ASEGURADO

Nombres y Apellidos		Cédula de Ciudadanía número		Fecha de Nacimiento (Día Mes Año)
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña	
Dirección Residencia	Ciudad	Departamento	Teléfono	Celular
Peso aproximado en Kilogramos.	Estatura	Valor Asegurado Solicitado $ **20.000.000**		

SEGURO DE VIDA VIGENTE O EN TRAMITE QUE TIENE EL SOLICITANTE

Compañía	Ramo - No. Póliza	Valor Asegurado o Solicitado	Amparos Adicionales	Año Expedición

AMPAROS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	
ENFERMEDADES GRAVES	
AUXILIO FUNERARIO	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, o lesión, o incapacidad relacionada con lo siguiente: Trastornos cardiovasculares, o trastornos renales, o tensión arterial alta, o derrames cerebrales, o cáncer, o leucemia, o diabetes, o epilepsia, o asma, o trastornos inmunológico, o padecimientos con el SIDA, o tumores, o cálculos? SI ☐ NO ☐
   Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y fecha de su diagnóstico: _____
2. Según su leal saber y entender, conoce de la existencia de cualquier otra enfermedad, o trastorno, o estado patológico, o afección distinta a las mencionadas anteriormente? SI ☐ NO ☐
   En caso afirmativo, cuál? _____
3. Tiene alguna anomalía física o deformidad congénita de cualquier índole? SI ☐ NO ☐
   En caso afirmativo, suministre detalles: _____
4. **Sólo para Mujeres.** Se encuentra en estado de embarazo ó sufre algún trastorno ginecológico? En caso afirmativo, número de semanas de gestación: SI ☐ NO ☐
5. Alguna Compañía de Seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales? En caso Afirmativo, suministrar detalles: _____ SI ☐ NO ☐
6. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, por ejemplo: Paracaidismo, motociclismo, montañismo, a las Delta, aviación no comercial, ultralivianos, automovilismo, etc? SI ☐ NO ☐
   En caso afirmativo, mencione qué deporte y con qué frecuencia lo practica: _____
7. Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ha ejercido dentro de los marcos legales? SI ☐ NO ☐
8. Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad? SI ☐ NO ☐

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número Identificación	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificaciones: 1. Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento. 2. Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora haga del mismo de manera expresa. 3) Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, forma: 20/12/2013-1333-P-34-VGV-08 que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Autorizaciones:

Historia Clínica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A. , a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.

Consulta y reporte a centrales de información: Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A. , a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

Declaro que se me informó que cualquier patología, afección o condición médica preexistente diagnosticada o manifiesta con anterioridad a la entrada en vigencia de esta póliza o a la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud la revocación del presente seguro, al vencimiento de la vigencia que este cursado, en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.

COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES, PUES DE LO CONTRARIO EL SEGURO DE VIDA PARA LA CUAL SE DILIGENCIA NO TENDRÁ VALIDEZ LEGAL. FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO.

POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

Huella Dactilar

Índice Derecho

Para constancia se firma en a los días del mes de de

FIRMA DEL SOLICITANTE C.C. No. DE