



CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA (POLIZAS DE CREDITOS)

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo de Vida-Plan Comercial, y en consecuencia doy mi consentimiento para ser incluido en este seguro y lo actuado entre ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A., y BANCO DE LOS TRABAJADORES para lo cual proporcione los datos siguientes:

DATOS PERSONALES					
Nombre completo del solicitante:				Correo electrónico:	
Dirección Particular:					
Ocupación:			Documento de Identificación:		NIT:
			Tipo:	Número:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Teléfono:	Fuma:	
Día Mes Año		M F		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Es ciudadano o residente de EEUU?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de EEUU?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Es Persona Expuesta Políticamente -PEP-?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Tiene parentesco con una -PEP-?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
¿Es asociado cercano de una -PEP-?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
BENEFICIARIOS (Nombres Completos)			PARENTESCO CON EL ASEGURADO		PORCENTAJE %
BENEFICIARIO IRREVOCABLE: BANCO DE LOS TRABAJADORES 100% DEL SALDO (Capital e intereses ordinarios)					
CUESTIONARIO FISICO Y DE SALUD					
Padece o ha padecido de las siguientes enfermedades:					
1	Hipertensión arterial	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/>		
2	Lesión en el corazón	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
3	Angina de pecho	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
4	Tuberculosis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
5	Asma	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
6	Bronquitis crónica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
7	Enfermedades de la sangre	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
8	Cáncer o alguna otra causa de tumor	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
9	Úlcera de estómago o duodeno	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
10	Enfermedad del hígado	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
11	Enfermedad de la vesícula biliar	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
12	Algunas otras enfermedades del aparato digestivo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
13	Diabetes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Tipo?		
14	Enfermedad de los riñones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
15	Enfermedad mental o del sistema nervioso	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
16	Le fue diagnosticado o tratada alguna enfermedad infectocontagiosa	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?		
17	Ha estado hospitalizado o fue operado en los últimos doce meses	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Motivo:		
ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE					
Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran iniciarse, en reserva de los derechos e intereses de la Aseguradora. Así mismo, autorizo que se envíen a mi correo electrónico las Condiciones Generales de la póliza de seguro contratada.					
Queda entendido y convenido que:					
ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.					
EN FE DE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO, firmo la presente en el lugar y fecha abajo indicados.					
FECHA			FIRMA		
Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 570-2021 de fecha 6 de mayo de 2021.					
ESTATURA:		PESO:			