

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA PLANES DE SEGURO

Datos del Patrono

Póliza No. _____ Compañía _____ Salario _____

Filial _____ Ocupación _____ Plan y Clase _____

Fecha Empleo: Día _____ / Mes _____ / Año _____ Fecha Inclusión en Póliza: Día _____ / Mes _____ / Año _____

Datos Generales

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Apellido Casada _____

1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ Sexo F M

Nacionalidad _____ Cedula / Pasaporte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento Dia _____ / Mes _____ / Año _____ Ocupacion / Actividad actual _____

Telefono residencia _____ Celular _____ Oficina _____

Estado Civil Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Otros _____

Conyuge _____ Padres _____

Hijos 1) _____, 2) _____, 3) _____

Beneficiarios

Nombre y Apellido del (los) Beneficiario (s)

Beneficiario (s) Principal (s)			
Nombre Completo	Parentesco	Cedula	%

Beneficiario (s) Contingente (s)			
Nombre Completo	Parentesco	Cedula	%

En caso de menores beneficiarios, favor nombrar al Administrador Fiduciario:

Nombre Completo	Parentesco	Cedula	%

Se entiende por beneficiario principal aquella persona mayor de edad que es designada para recibir el producto de la Póliza en caso de muerte del asegurado. Se entiende por beneficiario contingente aquel nombrado por el asegurado para recibir el producto de la póliza en caso de que al fallecimiento de éste no estén vivos ninguno de los beneficiarios principales.

Declaración de Salud

Estatura _____ Peso _____ ¿Ha consultado algún medico en los últimos 5 años? _____

Fecha _____ Medico consultado _____

Sufre alguna enfermedad o lesión según su conocimiento o entender, si o no y cual _____

Indique si ha sido sometido a tratamiento (Explicar) _____

Practica algún deporte o pasatiempo _____ Actualmente se encuentra en buen estado de salud _____

Por la presente, declaro y acepto que cada una de las respuestas anteriores es completa, exacta y verdadera, y estoy de acuerdo que sean tomadas como base para emisión o rehabilitación de este seguro. Por medio de este formulario (o copia fotostática del mismo) autorizo a cualquier medico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra entidad para que suministre a Óptima, Compañía de Seguros, S.A., cualquier información medica sobre mi persona, aun cuando fallezca. Queda entendido que el seguro entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aprobada por la compañía y la primera prima haya sido pagada estando el propuesto asegurado en buen estado de salud.

Fecha: Día _____ / Mes _____ / Año _____ Firma Patrono: _____ Firma Empleado: _____