

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA PLANES DE SEGURO

Datos Generales

1er. Apellido:		2do. Apellido:		Apellido Casada:	
1er. Nombre:		2do. Nombre:		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/>		Casado (a) <input type="checkbox"/>		Viudo (a) <input type="checkbox"/>	
		Divorciado (a) <input type="checkbox"/>		Otros:	
Nacionalidad:			Cédula / Pasaporte:		
Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	Teléfono residencia:	Celular:
Ocupación / Actividad actual:				Oficina:	

Beneficiario (s)

Beneficiario (s) Principal (s)				Beneficiario (s) Contingente (s)			
Nombre Completo	Parentesco	Cédula	%	Nombre Completo	Parentesco	Cédula	%

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 médico en los últimos 5 años?
Fecha:	Médico 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: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente se encuentra en buen estado de salud Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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 médico, 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.

Forma de Pago (Aplica para programas individuales)

Descuento directo de tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Transferencia electrónica ACH <input type="checkbox"/>
Banco:	Desc. Directo Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>
Nº de tarjeta:	Transferencia de fondos (Banca en línea) <input type="checkbox"/>
Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/>	Pago Voluntario <input type="checkbox"/>
Vencimiento: Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Descuento de Planilla <input type="checkbox"/>

Favor firmar autorización de descuento:

_____ Día de Pago: Frecuencia:

Datos del Patrono (Aplica para programas individuales)

Póliza No.			Compañía:			Salario:		
Filiar:			Ocupación:			Plan y Clase:		
Fecha Empleo:	Día	Mes	Año	Fecha Inclusión en Póliza:	Día	Mes	Año	
Fecha de firma:	Día	Mes	Año	Firma Patrono:				

Firma del asegurado

Fecha

Para ser completado por Óptima Compañía de Seguros	
Fecha Efectiva:	Observaciones:

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.