

FONDO DE EMPLEADOS DE COLOMBIANA DE COMERCIO Y/O ALKOSTO S.A.
FONCORBETA
NIT. 830.046.245-7

Circular No. 1 Foncorbeta

Fecha: mayo 4 del 2010

Asunto: Actualización declaración estado de salud del afiliado, ante foncorbeta / Seguros la Equidad.

Para: Asociados y asociadas a Foncorbeta.

De: Gerencia foncorbeta

Cordial saludo.

En la actualidad tenemos póliza de **vida deudores y de aportaciones y depósitos**, con Seguros La Equidad. La aseguradora nos está solicitando diligenciar esta declaración de salud.

Requerimos de la colaboración de los **asociados al Fondo**, para diligenciar la actualización de dicha declaración. Anexamos lo anunciado.

Favor hacerlo llegar a foncorbeta calle 11# 31 a 42 Bogotá D.C. o por intermedio de Gestión Humana a la mayor brevedad.

Gracias por su colaboración.

Atento saludo,



Edelberto Cardona Nieto
Foncorbeta.



SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

 VIDA GRUPO

 GRUPO DEUDORES

 PROTECCIÓN FAMILIAR

 GRUPO APORTES

 GRUPO DIRECTIVOS

 Plan A B C

PÓLIZA No.		CIUDAD Y FECHA		CRÉDITO No.
TOMADOR Foncorbeta				C.C. O NIT 830046245-7
DIRECCIÓN Cll 10A N° 31A-42		CIUDAD Bogotá		TELÉFONO 4055437
ASEGURADO PRINCIPAL				C.C. O NIT
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	CARGO QUE OCUPA		VALOR ASEGURADO
ESTADO CIVIL	PESO (Kg)	ESTATURA(mts)	ESTA UD. TRABAJANDO NORMALMENTE?	

Para protección familiar hacer diligenciar al respaldo la Declaración de Asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es póliza de Vida Seguro Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda
 Con plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como de que éste se otorga a las personas de salud normal, doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 6. CIRUGÍA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 7. ALCOHOLISMO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. CÁNCER | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 8. TABAQUISMO/DROGADICCIÓN | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 9. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 10. ENFERMEDADES CONGÉNITAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | | | 11. ENFERMEDADES DEL COLAGENO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE CONTESTAR SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no he padecido ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro.

Así mismo autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C. sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

(En caso de seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud, (solamente a cónyuge e hijos) Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta Declaración.)

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA ASEGURADO X

SUS 006