



FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS
Universidad de los Andes

SEGURO DE VIDA - POSTUMO

FOR - AF - 03

Versión: 01

Fecha: Septiembre 2022

ASEGURADO (Apellidos y nombres)		FECHA DE NACIMIENTO			ESTATURA	PESO	C.C.
		DIA	MES	AÑO			
DEPENDENCIA DONDE TRABAJA	PROFESIÓN/OCCUPACIÓN			TELÉFONO		CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO					ESTADO CIVIL		
DIRECCIÓN RESIDENCIA					TELÉFONO		
BENEFICIARIO	Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		PARENTESCO	%	TELÉFONO	DIRECCIÓN

Si en el evento de la defunción, alguno de mis beneficiarios resulte ser menor de edad, la totalidad del auxilio póstumo debe entregarse a aquella persona que legalmente sea tutor del menor.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaro que:

1. Mi estado de salud es normal y no padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito, cardiovascular, neurológico ni enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, SIDA, diabetes, epilepsia, asma, trombosis, anemia, leucemia, derrame cerebral, enfisema pulmonar, artritis reumatoidea, insuficiencia renal, tumores, trastornos inmunológicos, ni defectos o limitaciones físicas o mentales que inician en mi estado de salud. No tengo intervenciones quirúrgicas pendientes. No consumo bebidas alcohólicas en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas.
2. Las actividades a las que me dedico se desarrollan dentro del marco de la Ley y no ejerzo actividades peligrosas como la aviación privada, automovilismo deportivo, motociclismo, deportes de alto riesgo, no soy miembro activo de las fuerzas militares o de policía, no comercio con joyas, ni desempeño actividades de seguridad como guardaespaldas, ni ejerzo la política.
3. Estoy desarrollando en forma normal mis actividades y no he recibido amenazas en contra de mi vida y mi actividad.
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas, y por lo tanto la aseguradora, se reserva todos los derechos que puedan asistirla en caso que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud, edad u ocupación en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio Colombiano).
5. Facuto expresamente a la aseguradora, para consultar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado de mi condición de riesgo. Así mismo la facuto para que informe a esas mismas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros celebrado o que vayan a celebrar.
6. Autorizo expresamente (mediante esta forma o copia fotostática de ella), de conformidad con el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Decreto reglamentario 3380 de 1981, a cualquier persona natural o jurídica que me hayan brindado atención médica para que suministre a la aseguradora, copia de mi historia clínica y demás datos que posean sobre mi salud, y que soliciten en cualquier tiempo, aún después de mi fallecimiento.
7. Que las anteriores declaraciones son exactas, completas y verídicas, en la forma en que aparecen escritas. Que el cuestionario ha sido leído en su totalidad y resuelto de forma personal y voluntariamente, así mismo hago las siguientes declaraciones, aclaraciones o adiciones que considero necesarias para la expedición del seguro.

HE SUFRIDO O SUFRO EN LA ACTUALIDAD DE:

Firma del asegurado

No. Cédula

Ciudad

Fecha(dd/mm/aaaa)

Huella índice derecho