

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO  
GRUPO VIDA CONTRIBUTIVO**

ACEPTO QUE LA PRESENTE SOLICITUD FORME PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y QUE SEA BASE PARA SU EXPEDICION.

NOMBRE SUCURSAL		VALOR ASEGURADO	
TOMADOR		FECHA DE SOLICITUD DIA    MES    AÑO	CIUDAD
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE		CEDULA	EDAD
FECHA DE NACIMIENTO DIA    MES    AÑO	PESO (KG.)	ESTATURA	OCUPACION / ACTIVIDAD
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA	
DIRECCIÓN OFICINA		TELÉFONO OFICINA	

**BENEFICIARIO DEL SEGURO**

NOMBRE COMPLETO	PORCENTAJE	PARENTESCO	IDENTIFICACION

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (SIRVASE LEER ANTES DE FIRMAR)**

Padece alguna enfermedad actualmente?    **SI**        **NO**        en caso afirmativo especifique el padecimiento y fecha:

Padece o ha padecido alguna vez de :	SI	NO	FECHA EVENTO (DD/MM/AAAA)
Enfermedad cardiovascular, Hipertensión Arterial, Angina de Pecho, Apoplejia u otras enfermedades o anomalías cardiovasculares			
Insuficiencia Renal u otro padecimiento de los riñones			
Cáncer, Tumores			
Diabetes			
Parálisis, Epilepsia u otras enfermedades del Sistema Nervioso			
Asma, tos crónica, Tuberculosis u otras enfermedades respiratorias o trastornos de la voz			
Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA			
Anemia u otras enfermedades de la sangre o de los Ganglios Linfáticos			
De ser mujer: Tumores o enfermedades de los senos, ovarios, matriz			
Esta embarazada actualmente?			
Otros			
Ha sido aplazado o declinado por Liberty o por otras compañías al presentar una solicitud de seguro de vida, salud o accidentes personales?			
Las actividades a las que se dedica son lícitas y las ejerce dentro de los marcos legales?			
Ha recibido amenazas en contra de su vida e integridad?			
Practica deportes que afecten su integridad, como los considerados de alto riesgo? Por ejemplo paracaidismos, automovilismo, vuelo delta, parapente, etc.			

Declaro que la información anterior se ajusta en todo momento a la verdad y que ningún detalle ha sido omitido en relación con mi estado de Salud actual o pasado. Que las actividades a las que me dedico son normales y no generan ningún riesgo o azarosidad para mi vida. Liberty Seguros S.A se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el Seguro (Art. 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Autorizo a Liberty Seguros S.A., para incluir, consultar y procesar a partir de la fecha de la expedición de la presente solicitud y durante la vigencia de este seguro, cualquier información allí contenida y/o cualquier relación comercial con esta asegurada a la Asociación Bancaria de Colombia o a cualquier central de información o base de datos u otras aseguradoras del sector.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C.

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA



Huella Índice Derecho