

**IDENTIFICACION DEL ASEGURADO**

NOMBRE DEL CONTRATANTE:	NOMBRE DE LA AFILIADA:	
NOMBRE DEL ASEGURADO:	NUMERO DE POLIZA:	CERTIFICADO No:

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de Seguro de Vida, solicito a **SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS**, que:

Elimine las designaciones de beneficiarios que se tienen actualmente, para ser sustituidas por las detalladas a continuacion:

Nombre del Beneficiario	Parentesco	NIT N° ó Fec. Nacim.	% Seguro Básico	% Seguro Opcional

Cualquier beneficio que se asigne a un menor de edad, se debera pagar a \_\_\_\_\_ y como contingente(\*) a \_\_\_\_\_.

(\*) Persona que recibe la indemnizacion establecida en la poliza, en ausencia de los beneficiarios principales.

Efectue cambio en nombre, a quedar:

1.

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO
---------------	----------------	-----------------	------------------	------------

2.

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO
---------------	----------------	-----------------	------------------	------------

3.

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO
---------------	----------------	-----------------	------------------	------------

FIRMA DEL ASEGURADO:	LUGAR Y FECHA:
----------------------	----------------

**IDENTIFICACION DEL ASEGURADO**

NOMBRE DEL CONTRATANTE:	NOMBRE DE LA AFILIADA:	
NOMBRE DEL ASEGURADO:	NUMERO DE POLIZA:	CERTIFICADO No:

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de Seguro Médico Hospitalario, solicito a **SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS** efectuar los cambios detallados a continuación:

Adicion   
  Cancelacion   
  Modificacion en:   
  Nombre.   
  Parentesco.   
  Fecha de nacimiento.

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	PARENTESCO	NIT No.	Fecha Nacimiento			Peso	Estatura	Centro de Estudio
			Día	Mes	Año			

**DECLARACION DE SALUD**

Si necesita más espacio para completar la respuesta de algunas de las preguntas detalladas a continuación, favor utilizar una hoja adicional y anexarla a esta solicitud, colocando como referencia el número de la pregunta de la cual está completando su respuesta.

**(Indique SI ó NO, escribiendo en la casilla correspondiente el nombre de la persona que a la que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación y subraye el padecimiento al que se refiere, de los detallados en cada literal)**

Para Dependientes	Dependiente		Nombre completo de la persona para la cual es afirmativa la respuesta y tipo de padecimiento
1. Toma bebidas alcoholicas, fuma, usa drogas o ha sido tratado por alcoholismo o drogadiccion?	SI	NO	
2. ¿Ha consultado usted o cualquier miembro de su grupo familiar a un medico en los ultimos 12 meses?	SI	NO	
3. Esta tomando actualmente algun medicamento? ¿Cuál?	SI	NO	
4. ¿Padece o ha padecido usted o cualquier miembro de su grupo familiar de alguna enfermedad o lesión importante?	SI	NO	
5. ¿Usted o cualquier miembro de su grupo familiar, ha estado internado o se le ha aconsejado internarse en algún hospital o clínica para diagnóstico, tratamiento o cirugía, en los últimos cinco años?	SI	NO	
6. ¿A usted o cualquier miembro de su grupo familiar se le han realizado estudios con rayos "X" u otros estudios especiales para diagnóstico en el último año.	SI	NO	
7. ¿A usted o a cualquier miembro de su grupo familiar se le han realizado pruebas para detectar el virus del VIH? ¿Cuál fue el resultado de la misma?	SI	NO	
8. ¿Padece o ha padecido usted o cualquier miembro de su grupo familiar de Trastornos nerviosos o mentales?	SI	NO	
9. ¿Padece o ha padecido usted o cualquier miembro de grupo familiar alguna enfermedad congenita o defecto fisico congenito, pérdida de la vista o del oído, amputación, deformidad, artritis, u otra enfermedad muscular, ósea o dermatológica?	SI	NO	
10. ¿Practica usted o cualquier miembro de su grupo familiar deportes extremos o cualquier actividad peligrosa?	SI	NO	
11. ¿Padece o ha padecido usted o cualquier miembro de su grupo familiar algun padecimiento o condicion no mencionado en los numerales anteriores? ¿ Cual?	SI	NO	

Padece cualquiera de sus dependientes elegibles las enfermedades del cuadro siguiente:

ENFERMEDAD	Responder		ENFERMEDAD	Responder		ENFERMEDAD	Responder	
Presion arterial alta o baja	SI	NO	Enfermedades del recto o intestino.	SI	NO	Ciatica, gota o reumatismo.	SI	NO
Angina o dolor de pecho	SI	NO	Diarrea cronica	SI	NO	Lesiones de la cabeza o cerebro.	SI	NO
Calculos renales	SI	NO	Trastornos de los riñones o vejiga.	SI	NO	Artritis o artrosis.	SI	NO
Albumina o azucar en la orina	SI	NO	Cancer, tumor o quistes.	SI	NO	Hernias.	SI	NO
Amigdalitis	SI	NO	Ulceras.	SI	NO	Lesiones de la espina dorsal.	SI	NO
Trastornos vasculares	SI	NO	Trastornos de la vesicula.	SI	NO	Vertigos o desmayos.	SI	NO
Anemia	SI	NO	Paralisis.	SI	NO	Enfermedades cardiacas	SI	NO
Trastornos del aparato digestivo.	SI	NO	Hemorroides o diverticulo.	SI	NO	Trastornos glandulares.	SI	NO
Trastornos mentales o del aparato nervioso.	SI	NO	Pleuresia.	SI	NO	Trastornos del aparato reproductor, circulatorio, respiratorio	SI	NO
Venas.	SI	NO	Enfermedades de la vista, oidos, nariz o garganta.	SI	NO	Ganglios linfaticos o nodulos.	SI	NO
Tos cronica, asma o bronquitis.	SI	NO	Enfermedades de la tiroides.	SI	NO	Enfermedades de los huesos, articulaciones o musculos.	SI	NO
Problemas de la prostata	SI	NO	Diabetes mellitus.	SI	NO	Epilepsia	SI	NO
Dolores de cabeza severos.	SI	NO	Trastornos hepaticos.	SI	NO	Tuberculosis.	SI	NO

Si contesto afirmativamente, cualquiera de las preguntas anteriores, porfavor detalle en el siguiente espacio: Nombre del paciente, fecha del padecimiento, diagnostico, nombre del medico tratante o cualquier otra informacion relevante que ayude aun mejor analisis de su estado de salud.

---



---



---

## DECLARACION DE SALUD (SOLO PARA MUJERES).

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad en los pechos, matriz, ovarios o alteraciones menstruales? Detalle: \_\_\_\_\_

2. ¿Esta Ud. embarazada? \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ 3. Fecha de su última regla: Día/ \_\_\_\_\_ Mes/ \_\_\_\_\_ Año/ \_\_\_\_\_

3. Ha padecido de preeclampsia o eclampsia en sus embarazos? \_\_\_\_\_

4. ¿Se le ha practicado operación cesarea? ¿Causa? \_\_\_\_\_ 5. Ha tenido algun parto prematuro? \_\_\_\_\_

6. Ha sufrido cualquier tipo de aborto. \_\_\_\_\_

7. ¿Padece o ha padecido usted alguna condicion no mencionado en los numerales anteriores? ¿ Cual? \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene Ginecólogo de cabecera? Favor indicar nombre del Médico, fecha de su ultimo control y resultado. \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, laboratorios, clínica o cualquier miembro de la profesión médica, compañía de seguros, o alguna otra organización, institución o persona que pueda tener información o conocimiento sobre mí, mi cónyuge o la de mis hijos menores, para que divulgue esa información a SEGUROS AZUL VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, o a sus Reaseguradores, en el momento que la Compañía lo considere necesario. Asimismo, la Compañía puede solicitar que me someta a ciertas pruebas consideradas necesarias para evaluar mi solicitud de seguro o cualquiera de mis dependientes elegibles.

Hago constar que las declaraciones que anteceden son verdaderas y exactas, si la falsedad u omisión en las mismas induce a la Compañía a aceptar riesgo que de haber sido conocido no se hubiera adquirido en la póliza, esta podrá ser declarada nula, quedando SEGUROS AZUL VIDA, S.A SEGUROS DE PERSONAS libre respecto a cualquier responsabilidad de las obligaciones de la póliza.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

FIRMA DEL ASEGURADO:

LUGAR Y FECHA: