

PRODUCTO DAVIDA INTEGRAL



NO. PÓLIZA PRINCIPAL:

DATOS DEL ASEGURADO No.

Nombre:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO		
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	DD	MM	AAAA
CIUDAD DE RIESGO	OCUPACIÓN ACTUAL	PERIODICIDAD		EPS	
		Semestral <input type="radio"/>	Anual <input type="radio"/>		
DIRECCIÓN		TELÉFONO	CELULAR		
CORREO ELECTRÓNICO			OFICINA DAVIVIENDA		

VALOR ASEGURADO

Opción 1 <input type="radio"/>	Opción 2 <input type="radio"/>	Opción 3 <input type="radio"/>	Opción 4 <input type="radio"/>	Opción 5 <input type="radio"/>
\$ 50.000.000	\$ 60.000.000	\$ 80.000.000	\$ 100.000.000	\$ 120.000.000

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	SI	NO
1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son licitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Practica deportes como paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INFORMACIÓN MÉDICA	SI	NO
1. ¿Cuál es su peso?		
¿Cuál es su estatura?		
2. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Enfermedad Coronaria y/o Infarto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Insuficiencia Renal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Cáncer o Tumores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Derrame o trombosis Cerebral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Enfermedades Psicológicas o Psiquiátricas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Le han prescrito tratamiento para el alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Tiene programada una cirugía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuál?		

14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?

¿Cuál?

15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?

¿Cuál?

BENEFICIARIOS

NOMBRE	APELLIDO	GÉNERO	PARENTESCO	PORCENTAJE
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		%
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		%
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		%
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		%
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		%
		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		%
			% TOTAL	%

DÉBITO AUTOMÁTICO

CANAL DE DESCUENTO	No. TARJETA O CUENTA	
Tarjeta de crédito <input type="radio"/> Cuenta de ahorros <input type="radio"/> Cuenta corriente <input type="radio"/>		
FRANQUICIA	FECHA DE VENCIMIENTO	No. DE CUOTAS
Dinners <input type="radio"/> Mastercard <input type="radio"/> Visa <input type="radio"/>	MM AAAA	

Nota Importante: Recuerde diligenciar y firmar el formato de CONFIRMACIÓN DE DATOS DEL CLIENTE, DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y AUTORIZACIONES y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, que es el soporte de la póliza en línea