

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS ROBLEMED | COBERTURA OPCIONAL
INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER**

Póliza No. _____

Solicito la adhesión de la cobertura "Indemnización por cáncer" a mi póliza de Gastos Médicos Roblemed, para lo cual completo la siguiente información y manifiesto que previamente a completar el presente formulario he tenido conocimiento de los beneficios del seguro, aceptando las condiciones del mismo.

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Nombre Completo: _____ Sexo: M F
Dirección: _____ Teléfono: _____
Correo Electrónico _____ Estado Civil: _____ Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ NIT: _____
DPI: _____ Nacionalidad: _____ Profesión/Oficio: _____

II. DATOS PERSONALES DEL CÓNYUGE ASEGURADO (Cobertura Opcional)

Nombre Completo: _____ Sexo: M F
Correo Electrónico _____ Estado Civil: _____ Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ NIT: _____
DPI: _____ Nacionalidad: _____ Profesión/Oficio: _____

III. DATOS DEL SEGURO

Vigencia solicitada _____

Cobertura	
Prima del Seguro:	Periodicidad de pago:
Descripción - Indemnización por Diagnóstico de Cáncer para el Asegurado Titular. - Indemnización por Diagnóstico de Cáncer para el Cónyuge Asegurado (Opcional).	

IV. PREGUNTAS DE SALUD

Se requiere respuesta a cada pregunta	Asegurado	Cónyuge Asegurado
▪ ¿En algún momento se le ha diagnosticado cualquier tipo de cáncer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
▪ ¿Padece actualmente de alguna enfermedad o condición médica grave, compleja o crónica o una condición médica que no se ha logrado diagnosticar hasta la fecha?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si la respuesta a una de estas preguntas es afirmativa, esta solicitud de seguro queda sin efecto.

