

GUARDIAN IDENTIFICATION AND DECLARATION OF GOOD HEALTH
IDENTIFICACION Y DECLARACION DE BUENA SALUD
(Para diligenciar este formulario favor leer las instrucciones al respaldo)

CODIGO FAMILIA _____	1. INGRESO <input type="checkbox"/>	2. MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	--

Es importante aclarar que esta póliza rige para los padres cuya edad no supere los 65 años de edad al momento de la afiliación.

Solicitamos la inclusión en la póliza de Vida Grupo Padres como Guardianes (Padre y/o Madre) a las siguientes personas:

3. (Favor diligenciar la totalidad de la información solo del padre y la madre que van a ser guardianes)

GUARDIAN	NOMBRE COMPLETO DE LOS GUARDIANES	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
1			
2			

4. Alumno(s) beneficiado(s)

No.	NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO	CODIGO ESTUDIANTE	GRADO ESCOLAR A CURSAR
1			
2			
3			
4			

5. Declaración de Asegurabilidad:

A. Entiendo (entendemos) que el fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente por enfermedades preexistentes no está cubierto por el FONDO EDUCATIVO DEL COLEGIO NUEVA GRANADA.

B. Diligenciar los espacios con (S) de Si o (N) de No, según corresponda.

AUTORIZACIONES

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a Allianz Seguros de Vida S.A., toda la información que ella considere necesaria.

Debido a que para expedición de la póliza es necesario contar con datos personales, le solicito su autorización para el tratamiento de esta información, de acuerdo a la ley de protección de datos. Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. y a Cp Broker Consultores de Seguros Ltda. expresamente desde ahora para incluir consultar y reportar a partir de la fecha de la firma de esta solicitud, la información allí contenida y/o cualquier relación comercial con esta aseguradora, a cualquier de información o base de datos.

Ante cualquier inquietud podrá comunicarse con la línea de Allianz Seguros de Vida S.A. a los teléfonos en Bogotá: 6065903 o a nivel nacional al 018000 514 405 o a nuestro intermediario Cp Broker Consultores de Seguros al teléfono 519 02 22 Ext. 2011 correo electrónico beneficios@cpbroker.co

Declaración de Salud: Diligenciar los espacios con (S) de Si o (N) de No según corresponda.

Declaración del Padre o acudiente:

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida		
Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco		
MENTALES PSIQUIATRICAS	HIPERTENSION ARTERIAL	
CARDIOVASCULARES	CANCER	
PULMONARES	RENALES	
SIDA	TABAQUISMO (Indicar No. cigarrillos diarios)	
GASTROINTESTINALES	Alcoholismo (Indicar promedio de consumo semanal)	
CEREBROVASCULARES	OTRA ENFERMEDAD. Cual	
ARTRITIS		
DIABETES		
DROGADICCION		

Declaración de la Madre o acudiente:

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida		
Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco		
MENTALES PSIQUIATRICAS	HIPERTENSION ARTERIAL	
CARDIOVASCULARES	CANCER	
PULMONARES	RENALES	
SIDA	TABAQUISMO (Indicar No. cigarrillos diarios)	
GASTROINTESTINALES	Alcoholismo (Indicar promedio de consumo semanal)	
CEREBROVASCULARES	OTRA ENFERMEDAD. Cual	
ARTRITIS		
DIABETES		
DROGADICCION		

Detalle la enfermedad que declaro anteriormente, año de diagnóstico y tratamiento: _____

C. Declaro (declaramos) que conocemos el texto del Reglamento del FONDO EDUCATIVO DEL COLEGIO NUEVA GRANADA (ver reglamento www.cng.edu - Admissions - Matriculation) y estamos de acuerdo con todos sus términos, motivo por el cual nos sujetamos a él plenamente.

D. Designo (designamos) al FONDO EDUCATIVO DEL COLEGIO NUEVA GRANADA, como único beneficiario de la indemnización del Seguro de Vida por muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente del padre asegurado con el propósito que el dinero de la indemnización sea para sufragar los gastos de escolaridad (No opera para el grado que sea repetido por el alumno).

E. Declaro (amos) que al firmar el presente documento estoy (amos) afirmando que cumplo (imos) con los requisitos establecidos para vincularme (nos) al seguro de Vida Padres del FONDO EDUCATIVO DEL COLEGIO NUEVA GRANADA y que en caso de no cumplirlos, me (nos) atengo (atenemos) a las consecuencias legales que cualquiera de las partes afectadas considere necesarias.

6. GUARDIAN 1			7. GUARDIAN 2		
FIRMA			FIRMA		
Nombre Legible			Nombre Legible		
Tipo de Documento: No.			Tipo de Documento: No.		
8. FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA MES AÑO			ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.		

Favor diligenciar y firmar este formato en letra clara y legible, con todos los datos solicitados y sin enmendaduras

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Ingreso: Corresponde al padre o la madre que ingresa a la póliza como asegurado por primera vez o al padre o la madre que se encontraba incluido en la póliza y deja de asegurarse un año o más y posteriormente regresa para incluirse nuevamente en el seguro.

2. Modificación: Corresponde a la novedad de inclusión de un segundo guardian.

Cualquier modificación de retiro o cambio de guardian implicará la pérdida de su antigüedad. En caso de solicitar su posteriormente ingreso, este se realizará ingresándolo como asegurado nuevo.

3. Diligenciamiento de los datos completos de los padres que se van a designar como guardianes.

(Guardian: Padre y/o Madre designado como asegurado del alumno que recibe el beneficio)

4. Diligenciamiento de los datos completos de los alumnos beneficiados por el seguro:

- Si la familia ya esta asegurada con otros alumnos y no realiza inclusión de alumnos nuevos, no requiere diligenciar la presente solicitud de seguro.

- Si la familia ya esta afiliada y matricula un nuevo alumno debe diligenciar nueva solicitud con los datos del nuevo alumno.

- Si la familia o el alumno esta retirado y regresa al Colegio, debe diligenciar nueva solicitud con toda la información requerida.

5. Diligenciamiento de la declaración de salud: Corresponde a la información sobre el estado de salud de cada uno de los guardianes, la cual es de obligatorio diligenciamiento y esta debe ser verídica y clara con el fin de que en caso de fallecimiento del guardian la indemnización no sea negada. Igualmente, teniendo en cuenta la información de estado de salud suministrada por el guardian, la compañía de seguros podrá solicitar exámenes médicos para su evaluación, aceptar el ingreso en el estado de salud declarado, extraprimar al guardian por lo manifestado en su estado de salud, o negar el ingreso al seguro.

6. Corresponde a la información general y firma del primer guardian (Esta información debe ser igual a la diligenciada en Skyward durante el proceso de matrícula en línea).

7. Corresponde a la información general y firma del segundo guardian (Esta información debe ser igual a la diligenciada en Skyward durante el proceso de matrícula en línea).

8. Colocar la fecha completa del día en que se diligenció la declaración de buena salud.