

PARTE E - INFORMACION SOBRE OTRO SEGURO DEL EMPLEADO Y DE SUS DEPENDIENTES

Indique otras pólizas que el asegurado y/o dependiente posea, colectivas, individuales o auto. En caso que no hayan sido declaradas en la tarjeta de inscripción.

NOMBRE (Asegurado / Dependiente)	POLIZA(✓)			COMPAÑÍA DE SEGUROS	No. DE POLIZA
	COL.	INDIV.	AUTO		

PARTE E - PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

	Si	No	Si contesta "Si", dé detalles y fechas
¿El empleado desea aumentar su cobertura de seguro? ¿A cuánto asciende el incremento?			
Del punto de vista de salud, ¿Sabe Ud. algún motivo por el cual el empleado no deba asegurarse bajo este Plan de Seguro Colectivo?			
¿Ha estado ausente el empleado de su trabajo debido a lesiones o enfermedad durante los últimos seis meses?			

PARTE G - ESTA SECCION DEBERA SER FECHADA Y FIRMADA POR EL EMPLEADO Y PATRONO

Se tiene entendido y se está de acuerdo que:

- Por medio de la presente declaro que las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo. Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas, eximirá a AIG METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. de toda obligación de indemnizar.
- Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital o sanatorio para que imparta a la AIG METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.
- AIG METROPOLITANA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción.

DIA	MES	AÑO

FECHA

--

PATRONO o TENEDOR

--

EMPLEADO

PARA USO DE AIG METROPOLITANA

Condiciones Pre-existentes

--

Exclusiones

--

Observaciones y/o Comentarios

--

IMPRESO POR  2013/JULIO/17 • 36754216 Jp