

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 style="width:40px; height:20px;" type="text"/> | 2. MODIFICACIÓN <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/> |
|-----------------------------|--|---|

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 Asegurados (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 Asegurados)

| ASEGURADO | NOMBRE COMPLETO DEL/LOS ASEGURADOS | 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. DECLARACION DE SALUD:

Solicitamos informar a continuación los antecedentes médicos si los hay, especificando cuál padecimiento, la fecha de diagnóstico o de tratamiento, si presenta alguna Invalidez o incapacidad, o cualquier otra enfermedad o estado de salud conocido.

| |
|--------------------|
| ASEGURADO 1 |
| |
| |
| |
| ASEGURADO 2 |
| |
| |
| |

A. Entiendo (entendemos) que el fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente por enfermedades preexistentes no está cubierto por el Fondo Educativo.

B. Declaro (declaramos) que en la actualidad gozo (gozamos) de buena salud, no padecemos ni hemos padecido de cáncer, tuberculosis, afecciones cardiacas, afecciones respiratorias, renales, cerebrovasculares, gastrointestinales y/o cualquier otra enfermedad terminal preexistente a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

| | | | | |
|-------------|----|---|----|---|
| ASEGURADO 1 | SI | <input style="width:60px; height:20px;" type="text"/> | NO | <input style="width:60px; height:20px;" type="text"/> |
| ASEGURADO 2 | SI | <input style="width:60px; height:20px;" type="text"/> | NO | <input style="width:60px; height:20px;" type="text"/> |

C. Declaro (declaramos) que conocemos el texto del Reglamento del **FONDO EDUCATIVO DEL COLEGIO NUEVA GRANADA** (ver reglamento www.cng.edu - 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 cumpla (imos) con los requisitos establecidos para vincularme (nos) al Fondo Educativo y que en caso de no cumplirlos, me (nos) atengo (atenemos) a las consecuencias legales que cualquiera de las partes afectadas considere necesarias.

Ante cualquier solicitud podrá dirigirse a **María Yolima Solano Acero** Directora del Departamento de Beneficios de Cp Broker Agencia de Seguros Ltda. Teléfono 519 02 22 Ext. 1311 beneficios@cpbroker.co

| | |
|---|---|
| NOMBRE ASEGURADO 1 | NOMBRE ASEGURADO 2 |
| FIRMA | FIRMA |
| Nombre Legible | Nombre Legible |
| Tipo de Documento: No. | Tipo de Documento: No. |

| | | | |
|--------------------------------|-----|-----|-----|
| FECHA DILIGENCIAMIENTO: | DIA | MES | AÑO |
|--------------------------------|-----|-----|-----|

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 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 guardián. Cualquier modificación de retiro o cambio de guardián implicará la pérdida de antigüedad del guardián que no sea colocado en la solicitud de seguro y se ingresara como nuevo.

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

4. **Diligenciamiento de los datos completos de los alumnos beneficiados por el seguro:** - Si la familia ya está asegurada con otros alumnos y no realiza inclusión de alumnos nuevos, no requiere diligenciar la presente solicitud de seguro. - Si la familia

ya está afiliada y matricula un nuevo alumno debe diligenciar nueva solicitud con los datos del nuevo alumno. - Si la familia o el alumno está 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 Asegurados, la cual es de obligatorio diligenciamiento y esta debe ser verídica y clara con el fin de que en caso de fallecimiento del guardián la indemnización no sea negada. Igualmente, teniendo en cuenta la información del estado de salud, la compañía de seguros podrá decidir si acepta el ingreso en el estado actual, extra prima o no lo acepta.

DEFINICIÓN DE ASEGURADO: Padre o Madre del alumno beneficiado por el seguro de vida en caso de su fallecimiento.

INSTRUCTIONS TO COMPLETE THIS FORM

1. **“Ingreso” (New affiliation):** Refers to the parent who joins the policy for the first time or the parent who having been included in the policy decides to not renew coverage for a year or more and then returns and wishes to be included in the insurance once again.

2. **“Modificacion” (Modification):** Corresponds to the inclusion of a second Guardian. Any modification, such as a withdrawal from policy or change of insured guardian will imply the loss of seniority of the guardian previously insured. The inclusion of the other guardian will be considered a new affiliation.

3. **Fill out all fields for the parent(s) to be designated as Insured.**

4. **Fill out all fields for the students benefiting from the insurance:**

- If the family is already insured for other students and does need to include new students, it is not required to fill out this application.

- If the family is already enrolled but needs to enroll a new student, it must fill out a new application with the **new student’s data ONLY.**

- If the family or the student had withdrawn and are returning to school, they must fill out a new application with all required information.

5. **Filling out the health claim:** Corresponds to information about the health status of each of the Guardians insured, which is mandatory and must be true and clear in order to ensure that in case of death of said guardian, compensation is not denied. Similarly, taking into account the health status information, the insurance company can decide whether to accept the affiliation in the current state, charge the guardian a premium or not accept the affiliation.

DEFINITION OF ASEGURADO (Insured): Father or mother of student benefiting from the life insurance in the event of said parent’s death.