

# SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR			
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT No. _____		RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres)	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO			
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA    MES    AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO/FAX	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX	NACIONALIDAD
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA    MES    AÑO	SEXO M    F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE
PESO KGS	ESTATURA MTS	DIESTRO <input type="checkbox"/> AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/>	DEPORTES QUE PRACTICA
OCUPACIÓN DETALLADA		VALOR ASEGURADO \$	INGRESOS MENSUALES \$
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			
Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cáncer	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Depresión	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Demencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Infección por HIV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Enfermedades Hepáticas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Enfermedades Psiquiátricas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Riñones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Pulmones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Trastornos Mentales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____			
3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____			
_____			

SEMEJANZA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES FMA-SURV-03 V.A. 24/07/2017

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASI COMO DECLINAR O EXTRAPENAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE SELECCIÓN

**AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo de manera expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**Cláusula de Tratamiento de Datos Personales:** Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: [www.aseguradorasolidaria.com.co](http://www.aseguradorasolidaria.com.co); 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2006 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como **LA ASEGURADORA**.

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de **LA ASEGURADORA**, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la **ASEGURADORA**. SI  NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

**FIRMA Y MUELLA**

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

1. Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI  NO
2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI  NO
3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
4. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
5. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE  
C.C.

\_\_\_\_\_  
MUELLA NOTICIA JURÍDICA