

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR												
TIPO DE DOCUMENTO NIT No. _____					RAZON SOCIAL							
DIRECCION			TELEFONO		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			TELEFONO/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 KG	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?												
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurismas Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S. de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guillen Barre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfonía Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Artritis Rematoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B,C o Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxigenodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome Mental Organico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloqueos Cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						Enfermedades valvulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Aterosclerótica del Corazón	<input type="checkbox"/>	<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: _____												
5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												

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; 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 2008 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.

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

CLÁUSULA DE ASESORÍA

"Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo."

FIRMA Y HUELLA

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 DEL SOLICITANTE

FIRMA SOLICITANTE
C.C.

HUELLA ÍNDICE
DERECHO