

## SOLICITUD Y CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS DE VIDA PÓLIZA COLECTIVA VIDA GRUPO DEUDORES

No. \_\_\_\_\_



ESTA SOLICITUD DE SEGURO SE DEBE DILIGENCIAR EN BOLÍGRAFO DE TINTA NEGRA Y EN LETRA LEGIBLE (NO SE DEBE UTILIZAR PLUMA, MICRO-PUNTA O ESTILOGRAFO).

AVISO DE PRIVACIDAD: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. EN VIRTUD DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE GARANTIZA QUE LA INFORMACIÓN PERSONAL CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE PARA DAR TRAMITE A LOS SERVICIOS Y PRODUCTOS QUE HAN SIDO SOLICITADOS, PARA FINALIDAD REQUERIMOS LOS DATOS QUE DETALLAMOS A CONTINUACIÓN

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGUROS

CÓDIGO  
VT-RE-SSI-01

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DÍA MES AÑO

MARQUE CON UNA EQUIS (X) SOLAMENTE UN RAMO

SUCURSAL GERENCIA DE CORREDORES SEGURO SOLICITADO VIDA GRUPO

ESTA SOLICITUD, DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LOS EXÁMENES MÉDICOS Y COMPLEMENTARIOS FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO, POR LO TANTO ES INDISPENSABLE QUE LA CONTESTE EN SU TOTALIDAD, NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO. SI HAY CORRECCIONES O ENMENDADURAS, SÍRVASE ACLARARLAS EN EL CAMPO DE OBSERVACIONES Y VALIDARLAS CON SU FIRMA.

## DATOS DEL TOMADOR

NO. DE PÓLIZA (SOLO SI YA ESTA EXPEDIDA) O NO. DE SOLICITUD TOMADOR

3400003121-0

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

Corporacion Social de Cundinamarca

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

C.C.  NIT  C.E. 

NUMERO 899.999.421-7

DIRECCIÓN

Calle 39 A 18-05

CIUDAD

Bogota

TELÉFONOS

3390150

## DATOS DEL DEUDOR

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

C.C.  C.E.  NUMERO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

GENERO

F  M  INGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA

CIUDAD

TELÉFONOS

OCUPACIÓN DETALLADA

DEPORTE QUE PRACTICA

HOBBIES

¿USA MEDIOS DE TRANSPORTE COMO MOTOS, BICICLETAS, LANCHAS DE MOTOR, AVIÓN O AVIONETA NO COMERCIAL, OTROS?

SI  NO 

¿CUAL?

\_\_\_\_\_ COMO MEDIO DE TRANSPORTE  COMO MEDIO DE TRABAJO 

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

"LA TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA DEPENDE DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA"

¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON LO SIGUIENTE?

|          | SI                       | NO                       |                           | SI                       | NO                       |                               | SI                       | NO                       |
|----------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CÁNCER   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDADES HEPÁTICAS    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PRESIÓN ARTERIAL              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CORAZÓN  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | RIÑONES                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PULMONES                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | INFECCIONES POR V.I.H. (SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿HA PADECIDO, PADECE O ESTÁ SIENDO TRATADO DE ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENUNCIADAS ARRIBA?

SI  NO 

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA PERDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA?

SI  NO 

¿HA PADECIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN?

SI  NO 

¿TIENE PROYECTADA ALGUNA HOSPITALIZACIÓN, EXAMEN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SI  NO 

EN CASO DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR, A CONTINUACIÓN DESCRIBA LOS DETALLES CON SU RESPECTIVA FECHA DE OCURRENCIA:

PESO (KGS)

ESTATURA (MTS)

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASÍ COMO DECLINAR O EXTRA PRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.

PRODUCTO  
CATEGORÍAVIDA GRUPO DEUDORES  
UNICA

SI CORRESPONDE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES, SE REQUIERE ANEXAR SARFALT DEL TOMADOR / ASEGURADOR

DATOS DEL(LOS) BENEFICIARIO: Corporacion Social de Cundinamarca.

| AMPARO                         | VALOR ASEGURADO | NOMBRE Y APELLIDOS  | TIPO DOC. | No. DE DOCUMENTO | PARENTESCO | DESIGNACIÓN | % |
|--------------------------------|-----------------|---|-----------|------------------|------------|-------------|---|
| Muerte por cualquier causa     |                 | Según las condiciones del proceso de la SELECCIÓN ABREVIADA No. 002 DE 2016 menor cuantía. (El beneficiario es la Corporación Social De Cundinamarca hasta el saldo insoluto de la deuda) y cuenta con la asesoría de CORRECOL S.A.. CORREDORES COLOMBIANOS DE SEGUROS. |           |                  |            |             |   |
| Incapacidad total y permanente |                 |   |           |                  |            |             |   |

OBSERVACIONES :

## IMPORTANTE

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS PRECEDENTES SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDÍCAS, ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES HARÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y SIRVEN DE BASE PARA EL ANÁLISIS DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA, SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA SIEMPRE QUE PARA ESE ENTÓNCESE ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, DE IGUAL MANERA, SI EXISTIERA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR A CENTRALES DE RIESGOS E INFORMACIÓN

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (DETALLE DE OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC. \_\_\_\_\_)
- TANTO MI ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO ES LÍCITA Y LA EJERZO DENTRO DEL MARCO LEGAL Y LOS RECURSOS QUE POSEO NO PROVIENEN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
- LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN LA SOLICITUD Y EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y ME OBLIGO A ACTUALIZAR- LA ANUALMENTE.
- DE MANERA IRREVOCABLE AUTORIZO A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., PARA SOLICITAR, CONSULTAR, PROCESAR, SUMINISTRAR, REPORTAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD CON LA QUE MANTENGA UNA RELACIÓN COMERCIAL VIGENTE O QUE SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE AUTORIZADA PARA MANEJAR O ADMINISTRAR BASES DE DATOS, INCLUIDAS LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMATO.
- LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO NO SE DESTINARÁN A LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS.
- SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO EXPRESAMENTE A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A PARA VERIFICAR Y SOLICITAR AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO A CUALQUIER MEDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA, INCLUYENDO LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.

## AUTORIZACIÓN PREVIO AL INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

YO, \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA Y ACTUANDO EN EL PRESENTE DOCUMENTO A NOMBRE PROPIO, FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA. IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTÁ PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN, EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A LE SEA SUMINISTRADA SIN MÁS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA ACTUAL AUTORIZACIÓN, QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE SALUD QUE RECIBA ESTA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD. LOS TRATAMIENTOS QUE SE ME SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA LA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, RESULTADOS DE VALORACIÓN POR MÉDICOS O JUNTAS DE MÉDICOS. VALORACIONES POR ESPECIALISTAS, ETC. DEJO CONSTANCIA QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO POR POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SOBRE EL DESTINO Y USO DE LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS LOS CUALES SE UTILIZAN PARA USO INTERNO POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., PROHIBIENDO CON ELLO LA UTILIZACIÓN NO AUTORIZADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE (ASEGURADO)

C.C. NO. \_\_\_\_\_

DE \_\_\_\_\_

HUELLA DIGITAL SOLICITANTE

ÍNDICE DERECHO