

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO


 ASEGURADO PRINCIPAL

 ASEGURADO EXTENSIVO

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 <input type="checkbox"/> TI 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"/> UNIÓN LIBRE		
PESO KG	ESTATURA MTS	DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	DEPORTES QUE PRACTICA:	
OCUPACIÓN DETALLADA:		VALOR ASEGURADO \$	INGRESOS MENSUALES \$		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

¿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 NO

4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.
1.							
2.							
3.							
4.							

BENEFICIARIO BONO MENSUAL (Sólo anexo de vida Solicanasta)

1.							
2.							

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. 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 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

FIRMA SOLICITANTE
C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO