

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

| | | | |
|---|---|------------|---|
| CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/> | FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO | CÓDIGO PPE | NÚMERO DE PÓLIZA 875-16-994000000017 |
|---|---|------------|---|

| DATOS DEL TOMADOR | | | |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. <u>860.024.575-7</u> | RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres) COOPERATIVA ALIANZA LTDA | | |
| DIRECCION Cra 12 N° 89-28 Piso 6 | TELEFONO 5886666 | CIUDAD / MUNICIPIO BOGOTA | DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA |

| 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 ELECTRONICO | TELÉFONO CELULAR | OTRO TELÉFONO / FAX | NACIONALIDAD |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO | SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | 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 M | DIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/> | DEPORTES QUE PRACTICA |
| OCUPACIÓN DETALLADA | VALOR ASEGURADO \$ | INGRESOS MENSUALES \$ | |
| TIPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/> TERMINO FIJO INFERIOR A 1 AÑO <input type="checkbox"/> TERMINO FIJO SUPERIOR A 1 AÑO <input type="checkbox"/> POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> VERBAL <input type="checkbox"/> TERMINO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN <input type="checkbox"/> OTRO CUAL? _____ | | | |
| MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN: | | | |

¿Maneja recursos públicos? SI NO ¿Tiene reconocimiento público? SI NO ¿Ejerce algún grado de poder público? SI NO

| DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | Presión arterial | <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 Siquiátricas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección por HIV | <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: _____ | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | |

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

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES FM-D.03.03-21 (GL-17) V.3. 16/07/2014

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

- 1. Que los datos personales solicitados en la presente solicitud son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la ley 1581, las disposiciones que buscan la protección de datos y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratan observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

Autorización: Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la Aseguradora, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y con la que efectivamente se suscribe contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, por la ASEGURADORA.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es)

CORRECOL S.A

Dirección CALLE 93 A N° 11 - 36, Teléfono 7425353, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente por la ASEGURADORA.

Declaro Expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden la actividad aseguradora:

II. Que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado de manera expresa:

1.FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DATO PERSONAL: Mis datos personales serán tratados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: I) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual. II) El proceso de negociación de datos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. III) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. IV) El control y la prevención del fraude. V) La liquidación y pago de siniestros. VI) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. VII) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. VIII) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadística, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. IX) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. X) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. XI) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. XII) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdo internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. XIII) La prevención y control del lavado de activos y la financiación de terrorismo. XIV) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2.El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3.USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: I) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. II) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: Ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. III) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y determinación del contrato de seguro. IV) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efecto de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. V) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4.TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5.DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario se debe tener en consideración el capítulo XI del Título I de la Circular Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia no he sido obligado a responderlas.

7.DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, a actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8.RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO, cuyos datos de contrato se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso los encargados del Tratamiento de los datos que compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

- a)FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.
b)INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.
c)INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude cuya dirección es Calle 35 No. 14 - 27 Primer Piso, email: directoroperativo@inif.com.co Tel 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluido los sensibles y autorizo, de ser necesario la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

FIRMA Y HUELLA

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE:

- 1. NO POSEO POLIZAS DE SEGUROS VIGENTES CON EXTRAPRIMAS.
2. NO HE SIDO RECHAZADO POR NINGUNA COMPAÑIA ASEGURADORA EN EL MOMENTO DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO.
3. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESIÓN U OFICIO DECLARADAS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON LICITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y NO PRACTICO AFICIONES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. LOS DINEROS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DE SEGUROS NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
4. LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN DESCRITAS, POR TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO O EN LA CLÁUSULA DE IRREDUCTIBILIDAD DE ESTA PÓLIZA.
5. AUTORIZO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA EN FORMA EXPRESA, PARA REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR, SUMINISTRAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS TODO LO RELATIVO A LA INFORMACIÓN COMERCIAL DE QUE DISPONGA; ADEMÁS AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (MÉDICOS, EPS, IPS, ETC) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA TODA LA INFORMACIÓN QUE ELLA CONSIDERE NECESARIA, RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD Y QUE SOLICITE EN CUALQUIER TIEMPO, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. ESTA AUTORIZACIÓN, COMPRENDE IGUALMENTE, LA POSIBILIDAD DE OBTENER COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO 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 ____ DEL AÑO ____ EN LA CIUDAD DE ____

NOMBRE

FIRMA
C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO