

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

Ciudad	Fecha Diligenciamiento	D	M	A	Tomador: Cámara De Comercio De Bogotá	NIT No. 860007322-9	No Póliza	
Nombres y Apellidos del Empleado					C.C. / C.E.			
Dirección Asegurado					Ciudad	Teléfono Fijo		
Teléfono Celular	Fecha de Nacimiento	D	M	A	Sexo	Edad	Estatura (mts)	Peso (Kg)
Profesión	Ocupación / oficio				Deporte que practica			
Correo Electrónico	Valor Asegurado Actual				Incremento de valor asegurado			
Vida Grupo Ejecutivos				Vida Grupo Pacto colectivo			Vida Grupo Deudor	

Por favor revise con atención el siguiente cuestionario de salud, teniendo en cuenta que las respuestas que aporte deben ser dadas con total sinceridad. Recuerde que debe informarnos de todas las enfermedades o padecimientos importantes que ha sufrido. ¿Se le ha diagnosticado, padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

cáncer,	Si _____	No _____	enfermedades de la sangre (por ejemplo anemia, leucemia, etc.)	Si _____	No _____	Sida	Si _____	No _____
enfermedades del corazón	Si _____	No _____	obesidad	Si _____	No _____	Cirrosis	Si _____	No _____
enfermedades cerebro vasculares (por ejemplo trombosis, derrame cerebral, accidente cerebro vascular, etc.)	Si _____	No _____	hipertensión arterial	Si _____	No _____	ceguera	Si _____	No _____
enfermedades neurológicas (por ejemplo esclerosis múltiple, epilepsia, convulsiones, etc.)	Si _____	No _____	diabetes (azúcar en la sangre)	Si _____	No _____	sordera	Si _____	No _____
enfermedades de los riñones	Si _____	No _____	colesterol y/o triglicéridos altos	Si _____	No _____	perdida de una parte del cuerpo	Si _____	No _____
enfermedad mental (por ejemplo, depresión, locura, ansiedad, etc.)	Si _____	No _____	artritis	Si _____	No _____	OTRA ENFERMEDAD NO DESCRITA ANTERIORMENTE.	Si _____	No _____

Si la respuesta es afirmativa, indique:

1.-Tipo de enfermedad _____, fecha de diagnóstico _____, tratamiento (que medicamentos o cirugías le realizaron o le van a realizar) _____

2.-¿Tipo de enfermedad _____, fecha de diagnóstico _____, tratamiento (que medicamentos o cirugías le realizaron o le van a realizar) _____

Bebe alcohol? SI NO Tipo y cantidad diaria _____ ¿Consumo sustancias alucinógenas? SI NO _____

Recuerde que es necesario informarnos de todas las enfermedades o padecimientos importantes que ha diagnosticado o padecido, evitando así que en un futuro se pueda negar la indemnización reclamada.

Designación de Beneficiarios: A continuación, detalle los beneficiarios para el seguro, asignando un % a cada uno sin que en su total excedan el 100%:

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	% ASIGNADO

Nota: Favor asignar en la columna (%) la proporción que desea asignar a sus beneficiarios del seguro.

DECLARO, Que estando en libertad para contratar esta póliza con cualquier compañía de seguros legalmente constituida en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Circular 069 de noviembre de 1997 emitida por la Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera, decido aceptar las condiciones de la presente póliza. Lo anotado aquí es verídico y que SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro, sometiéndome a los efectos legales contemplados en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio Colombiano.

Autorizo expresamente y en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, a SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. para verificar, acceder y solicitar ante cualquier médico o institución hospitalaria mi historia clínica y todos aquellos datos y/o resultados y/o informes que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, aún después de mi muerte. Renuncio, por tanto, a todas las disposiciones de la Ley y de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida, con motivo de diagnóstico o tratamiento.

SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. dará un tratamiento confidencial a los datos personales del Tomador, Asegurado y Beneficiario, de la presente póliza. En este sentido, el Tomador, Asegurado y Beneficiario autorizan a SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. para que sus datos personales derivados y conocidos por la presente relación contractual de seguro sean consultados, almacenados, administrados, transferidos y reportados al interior de la compañía y a las centrales de datos que considere necesario, en particular al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude INIF LTDA, la Unidad Administrativa Especial de Información Análisis Financiero UIAF, así como a otras compañías de seguro, sucursales, subsidiarias, oficinas representativas, filiales y agentes de SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A.. Estas actividades se realizan por la compañía con fines estadísticos, de procesamiento de datos, de análisis de riesgo, de información, de administración del riesgo operativo y para el desarrollo y ejecución de las obligaciones propias del presente contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 1581 DE 2012: He sido informado que los datos que he suministrado a SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. son personales, que en particular los datos relacionados con salud son datos sensibles y que respecto a estos y a los datos a los que SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. llegue a tener acceso, la finalidad de su tratamiento es el cumplimiento del contrato de seguro. En este sentido, AUTORIZO a SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. a tratar dichos datos personales para fines, tales como: trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero, circulación o transferencia de datos, determinación de primas y la selección de riesgos, verificación ó del estado del riesgo que se pretende trasladar a SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro (para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó); ejecución y cumplimiento de los contratos que celebre SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A.; control y prevención del fraude; liquidación y pago de siniestros; en general la gestión integral del seguro contratado; elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; envío de información y ofertas comerciales de seguros, así como del ofrecimiento de otros productos de esta Aseguradora; reportes regulatorios; envío de las modificaciones que se puedan presentar en las Políticas de Tratamiento de la Información adoptadas por SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A.; igualmente a compartir los datos con terceros que estén relacionados con el desarrollo del contrato de seguro y con quienes sea necesario en virtud de la actividad aseguradora que ejerce SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A.. Declaro que SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. me ha informado que mis datos personales son objeto de protección y se someterán a lo establecido en la ley 1581 de 2012, normativa complementaria y el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales que tiene implementado SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A., en el cual constan los deberes de SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. y los derechos del Titular de los datos, y que pueden ser consultados en la página web

Entiendo y acepto que el diligenciamiento de esta solicitud y declaración de estado de salud no genera ninguna obligación por parte de la compañía, y que la cobertura inicia en el momento de la aceptación expresa del seguro por parte de SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A.

Firma del asegurado

CC _____



NOTA: SEGUROS DE VIDA XXXXXXXX S.A. se reserva todos los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar cualquier solicitud que no esté de acuerdo con sus normas de selección, o aceptarla en condiciones más onerosas.