



Invitación a proponer para contratar las pólizas de seguro que amparen los bienes e intereses asegurables de la CCB

**ANEXO No. 12
SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO**

Bogotá D.C. xx xxx de 2021

Señores

CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ

Av. El dorado No. 68D-35.

Bogotá D.C.

Asunto: Invitación a proponer para contratar las pólizas que amparen los bienes e intereses asegurables de la CCB 300000702

Estimados señores:

En mi calidad de representante legal de _____, me permito manifestar que la sociedad que represento acepta el formato Solicitud de Seguro de Vida Grupo y Solicitud de actualización de beneficiarios Seguro de Vida Grupo los cuales se adjuntan.

Cordialmente,

Nombre y Firma del representante legal
C.C. No. expedida en

Invitación a proponer para contratar las pólizas de seguro que amparen los bienes e intereses asegurables de la CCB

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

Ciudad	Fecha Delineamiento	Tomador: Cámara De Comercio De Bogotá		NIT No. 88807322-8	No Póliza
Nombres y Apellido del Empleado		C.C./C.E			
Dirección Asagurado		Ciudad	Teléfono fijo		
Teléfono Celular	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad	Estratara (mts)	Peso (Kg)
Profesión	Occupación / Oficio	Deporte que practica			
Como 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 en portantes que ha sufrido. ¿Se le ha diagnosticado, padecido o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

carcinoma	SI	NO	enfermedades de la sangre (por ejemplo anemia, leucemia, etc.)	SI	NO	Sida	SI	NO
enfermedades del corazón	SI	NO	leishmaniasis	SI	NO	Carroña	SI	NO
enfermedades crónicas vasculares (por ejemplo trombosis, derrame cerebral, accidente cerebrovascular, etc.)	SI	NO	hipertensión arterial	SI	NO	ceguera	SI	NO
enfermedades renales (por ejemplo nefrosis múltiple, nefropatía, convulsiones, etc.)	SI	NO	diabetes (azúcar en la sangre)	SI	NO	sordota	SI	NO
enfermedades de los riñones	SI	NO	colera y/o tifoidea o similares	SI	NO	perdida de una parte del cuerpo	SI	NO
enfermedad mental (por ejemplo, depresión, locura, alcoholismo, etc.)	SI	NO	enfermedades	SI	NO	OTRA ENFERMEDAD NO DISCUTA ANTERIORMENTE	SI	NO

Si la respuesta es afirmativa, indique:

1- Tipo de enfermedad _____ fecha de diagnóstico _____ tratamiento (que medicamentos o drogas le realizaron o le van a realizar) _____
 2- Tipo de enfermedad _____ fecha de diagnóstico _____ tratamiento (que medicamentos o drogas le realizaron o le van a realizar) _____

Bebe alcohol? Si NO Tipo y cantidad diaria _____ ¿Consumo sustancias o toxicógenas? Si NO _____

Recuerde que es necesario informarnos de todas las enfermedades o padecimientos reportados 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 la Circular 068 de noviembre de 1997 emitida por la Superintendencia Bancaria, he aceptado las condiciones de la presente póliza. Lo notado aquí es verdadero y que 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 aceptar el seguro, sometiéndome a los efectos legales contemplados en los artículos 1507 y 1150 del Código de Comercio Colombiano.

Autorizo expresamente y en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1991, a _____, para verificar, acceder y solicitar ante cualquier médico o institución hospitalaria, mi historial clínico 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 historial clínico, aun 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.

_____, 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 _____ para que sus datos personales obtenidos y conocidos por la presente unidad 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 INFRAFIN LTDA, la Unidad Administrativa Especial de Investigación y Análisis Financiero UAIF, así como a otras compañías de seguro, sucursales, subsidiarias, oficinas representativas, filiales y agencias de SEGUROS de Vida, de Accidentes y de Salud. Estas actividades se realizarán 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 _____ 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 SURAMERICANA S.A. sigue a tener acceso, la finalidad de su tratamiento es el cumplimiento del contrato de seguro. En este sentido, AUTORIZO a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a tratar dichos datos personales para fines, tales como: trámite de la solicitud de inscripción como consumidor financiero, circulación o transferencia de datos, determinación de primas y la selección del estado del riesgo que se pretende trasladar a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el vencimiento del mismo o para comprobar los circunstancias bajo las cuales se presentó; ejecución y cumplimiento de los controles que debe SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. para el 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 al envío de datos de otros productos de esta Aseguradora; reportes regulatorios; envío de los modificaciones que se puedan presentar en las Pólizas de Tratamiento de la Información suministradas por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a los beneficiarios. Declaro que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. me ha informado que mis datos personales son objeto de protección y se someterán a la legislación en la Ley 1581 de 2012, normatividad complementaria y el Manual de Pólizas de Tratamiento de Datos Personales que he recibido en el momento de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., en el cual constan los deberes de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y los derechos del Titular de los datos, y que pueden ser consultados en la página web www.segurosdevida.com.co.

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 SURAMERICANA S.A.

Firma del asegurado

Huella Índice Derecho

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

Invitación a proponer para contratar las pólizas de seguro que amparen los bienes e intereses asegurables de la CCB

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO VIDA GRUPO

Compañía de Seguros A.S. (S.E.)

Ciudad	Fecha Diligenciamiento	Tomador: Cámara De Comercio De Bogotá	NIT No. 890067325-9	No Póliza
Nombres y Apellidos del Empleado		C.C. / C.E.		
Dirección Asegurado		Ciudad	Teléfono Fijo	
Correo Electrónico			Teléfono Celular	
Vida Grupo Ejecutivos	<input type="checkbox"/>	Vida Grupo Pacto colectivo	<input type="checkbox"/>	Vida Grupo Deudor
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	PORCENTAJE ASIGNADO

VIGILADO por el SURA

AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 1581 DE 2012: He sido informado que los datos que he suministrado a Seguros 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 llegue a tener acceso, la finalidad de su tratamiento es el cumplimiento del contrato de seguro. En este sentido, AUTORIZO a Seguros 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 del estado del riesgo que se pretende trasladar 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, 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. Igualmente a compartir los datos con terceros que están relacionados con el desarrollo del contrato de seguro y con quienes sea necesario en virtud de la actividad aseguradora que ejerce Seguros. Declaro que Seguros me ha informado que mis datos personales son objeto de protección y se someterán a lo establecido en la ley 1581 de 2012, normalidad complementaria y el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales que tiene implementado, en el cual constan los deberes de Seguros y los derechos del Titular de los datos, y que pueden ser consultados en la página web www.rsagroup.com.co.

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.

Firma del asegurado



CC

Hesla Índice Derecho

NOTA: La compañía de seguros 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.