

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 ESTILOGRÁFO).

AVISO DE PRIVACIDAD: POSITIVA COMPANIA 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			SUCURSAL	GERENCIA DE CORREDORES
		DÍA	MES	AÑO	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			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		Corporación Social de Cundinamarca			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.	NIT	X	C.E.	NUMERO
					899.999.421-7
DIRECCIÓN	Calle 39 A 18-05		CIUDAD:	Bogotá	TELÉFONO:
					3390150

DATOS DEL DEUDOR					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.	C.E.	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	
				DÍA	MES
GENERO	F	M	INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	AÑO
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
CÁNCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULMONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				PRESIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
				RIÑONES	<input type="checkbox"/>
				INFECCIONES POR V.I.H. (SIDA)	<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?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA PADECIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE PROYECTADA ALGUNA HOSPITALIZACIÓN, EXAMEN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.) POSITIVA COMPANIA 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.

ESTATURA (MTS.)

PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES	CATEGORÍA	UNICA	DATOS DEL(LOS) BENEFICIARIO ONEROSO: Corporación Social de Cundinamarca.		
AMPARO	VALOR ASEGURADO	NOMBRE Y APELLIDOS		TIPO DOC.	No. DE DOCUMENTO	PARENTESCO
Muerte Por Cualquier Causa <input type="checkbox"/>						
Incapacidad Total Y Permanente <input type="checkbox"/>	Según las condiciones del proceso de la licitación Pública No. LP-CSC-001-2023. (El beneficiario es la Corporación Social De Cundinamarca hasta el saldo insoluto de la deuda) y cuenta con la asesoría de PIZANO ECHEVERRI & ASOCIADOS LTDA.					
AMPARO		NOMBRE Y APELLIDOS		TIPO DOC.	No. DE DOCUMENTO	PARENTESCO
Beneficiario Para Auxilio Funerario: <input type="checkbox"/>						

OBSERVACIONES :

IMPORTANTE
GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS PRECEDENTES SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS, 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 COMPANIA DE SEGUROS S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA, SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA SIEMPRE QUE PARA ESE ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, DE IGUAL MANERA, SI EXISTIERA RETENCIÓN O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR POSITIVA COMPANIA 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 ACTUALIZARLA ANUALMENTE.
 - DE MANERA IRREVOCABLE AUTORIZO A POSITIVA COMPANIA 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 COMPANIA 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 p 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