



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

No. Solicitud **COL - A -**

SUCURSAL

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

CÓDIGO
MIS_5_2_2_FR63

FECHA DILIGENCIAMIENTO
DÍA / MES / AÑO

Esta solicitud de seguro debe diligenciarse en bolígrafo de tinta negra y en letra legible (no se debe utilizar pluma, micro-punta o estilógrafo).

Marque con una equis (X) solamente un ramo

SEGURO SOLICITADO VIDA GRUPO ACCIDENTES PERSONALES OTRO CUÁL?

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 (Sólo si ya está expedida) NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
Ó No. DE SOLICITUD TOMADOR

TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. NIT C.E. OTRO CUÁL? NÚMERO

DIRECCIÓN EMAIL CIUDAD TELÉFONO

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS FECHA DE NACIMIENTO **DÍA / MES / AÑO**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I. OTRO CUÁL? NÚMERO

GÉNERO F M INGRESOS MENSUALES EGRESOS MENSUALES

DIRECCIÓN 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? sí NO

CUÁL? COMO MEDIO DE TRANSPORTE O 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?

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
CÁNCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIÑONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULMONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFECCIONES POR V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿HA PADECIDO, PADECE O ESTÁ SIENDO TRATADO DE ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENUNCIADAS ARRIBA? SÍ NO

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA? SÍ NO

¿HA PADECIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN? SÍ NO

¿TIENE PROYECTADA ALGUNA HOSPITALIZACIÓN, EXAMEN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ NO

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)
ESTATURA (Mts)

POSITIVA COMPAGNIA DE SEGUROS S.A. SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTÉ DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.

PRODUCTO SI CORRESPONDE A ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES, SE REQUIERE ANEXAR SARLAFT DEL TOMADOR / ASEGURADO

CATEGORÍA **DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)**

AMPARO	VALOR ASEGURADO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PARENTESCO	DESIGNACIÓN	%

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 COMPAÑÍA 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 RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR **POSITIVA COMPAÑÍA 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:

1. LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (Detalle de ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) _____
2. 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.
3. LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN LA SOLICITUD Y EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y ME OBLIGO A ACTUALIZARLA ANUALMENTE.
4. DE MANERA IRREVOCABLE AUTORIZO A **POSITIVA COMPAÑÍA 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.
5. LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO NO SE DESTINARÁN A LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS.
6. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO EXPRESAMENTE A **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** PARA VERIFICAR Y SOLICITAR AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO A CUALQUIER MÉDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA, INCLUYENDO LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.

AVISO DE PRIVACIDAD. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS.

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012: Positiva.gov.co; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

INFORMACIÓN COMERCIAL: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. el envío a mi correo electrónico o celular de: Ofertas y Publicidad, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a ofrecer.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que: (i) responda y respete el interés superior, es decir derechos prevalentes, y (ii) que asegure el respeto de sus derechos fundamentales, de modo que, si ese tratamiento afecta algún derecho constitucional del menor, no podrá realizarse.

DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72, Bogotá; correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co; Teléfono: 6502200 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo.

AUTORIZACIÓN EXPRESA E INEQUÍVOCA, DE TODOS MIS DATOS PERSONALES, SENSIBLES, COMERCIALES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Con excepción de (Escriba aquí que Tipo de datos NO autoriza): _____

FIRMA DEL SOLICITANTE (Asegurado)

C.C. No. _____ DE _____