

# SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

## DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO	NIT No. <u>890.803.103-6</u>	RAZON SOCIAL	<b>COOCALPRO</b>
DIRECCION	<u>CALLE 22 # 20 - 58</u>	TELEFONO	<u>8806336</u>
		CIUDAD / MUNICIPIO	<u>MANIZALES</u>
		DEPARTAMENTO	<u>CALDAS</u>

## 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 ELECTRÓNICO	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 MTS	DEPORTES QUE PRACTICA	DIESTRO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN DETALLADA	VALOR ASEGURADO \$	INGRESOS MENSUALES \$			

## 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
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurismas Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guillen Barre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfonía Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B,C o Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxigenodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome Mental Organico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Enfermedades valvulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Aterosclerotica del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI  NO

¿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  NO

4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI  NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI  NO

6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI  NO

7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI  NO

8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI  NO

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, 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 LAS NORMAS DE SELECCIÓN

**AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo de manera expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o alguien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para** : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI  NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI  NO

c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

**CLÁUSULA DE ASESORÍA**

"Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo."

**FIRMA Y HUELLA**

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

1. Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI  NO
2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI  NO
3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
4. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
5. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, 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 de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE  
C.C.

\_\_\_\_\_  
HUELLA ÍNDICE  
DERECHO