

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	NÚMERO DE SOLICITUD PÓLIZA: 25
SUCURSAL:	CÓDIGO DE SUCURSAL:
INTERMEDIARIO:	CLAVE DE INTERMEDIARIO:
E-MAIL ENVÍO DE FACTURACIÓN:	NOMBRE DEL PRODUCTO:

## 1. DATOS DEL TOMADOR PERSONA NATURAL (Es necesario que se diligencie el formulario electrónico para conocimiento del cliente)

Nombre completo		Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A.			Género M F		Fecha de nacimiento		
Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Lugar de residencia	Dirección de residencia						
Departamento	E-mail		Celular		Teléfono fijo				
¿Reside o permanece en el exterior por más de 180 días en el año?			Si	No	País de residencia en el exterior		Ciudad de residencia en el exterior		
Indique su tipo y numero de identificación tributaria en el país de residencia			Dirección de residencia en el exterior			Teléfono de contacto en el exterior			
¿Usted tiene programado salir del país y residir en el exterior en un futuro cercano?			Si	No	Si su respuesta es si, por favor amplie la información en los siguientes campos:		País	Ciudad	Fecha Aproximada

POR FAVOR INFORMAR A ESTA COMPAÑÍA AL MOMENTO DE SU SALIDA DEL PAIS.

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de protección Temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte)

## DATOS DEL TOMADOR SI ES PERSONA JURÍDICA (Es necesario que se diligencie el formulario electrónico para conocimiento del cliente)

Razón social	Número del NIT
Nombre del representante legal	Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A.

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de protección Temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte)

## 2. DATOS BÁSICOS DEL ASEGURADO SI ES DIFERENTE AL TOMADOR

Nombre completo		Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A.			Género M F		Fecha de nacimiento		
Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Lugar de residencia	Dirección de residencia						
Departamento	E-mail		Celular		Teléfono fijo				
¿Reside o permanece en el exterior por más de 180 días en el año?			Si	No	País de residencia en el exterior		Ciudad de residencia en el exterior		
Indique su tipo y numero de identificación tributaria en el país de residencia			Dirección de residencia en el exterior			Teléfono de contacto en el exterior			
¿Usted tiene programado salir del país y residir en el exterior en un futuro cercano?			Si	No	Si su respuesta es si, por favor amplie la información en los siguientes campos:		País	Ciudad	Fecha Aproximada

POR FAVOR INFORMAR A ESTA COMPAÑÍA AL MOMENTO DE SU SALIDA DEL PAIS.

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de protección Temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte)

# SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

## 3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL ASEGURADO

Favor contestar sinceramente las siguientes preguntas. Recuerde que la falsedad y omisión de información generan la nulidad relativa del contrato y en caso de un siniestro se pierde el derecho de indemnización. Si contesta afirmativamente alguna de las siguientes preguntas favor ampliar: Diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, estado actual de salud, nombre del médico tratante (de ser necesario favor adjuntar hoja adicional o resumen de la Historia clínica).

### ¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

Artritis	Si	No	Enfermedades neurológicas	Si	No	Esclerosis múltiple	Si	No	Enfermedades de la columna vertebral	Si	No
Enfermedades cardiovasculares	Si	No	Enfermedades mentales	Si	No	Enfermedades pulmonares	Si	No	Enfermedades renales	Si	No
Enfermedades gastrointestinales	Si	No	Sistema hemático	Si	No	Infección por VIH - SIDA	Si	No	Diabetes	Si	No
Enfermedades hepáticas	Si	No	Cáncer	Si	No	Lupus	Si	No			

¿Alguna otra enfermedad o padecimiento no relacionado anteriormente? Si No Favor ampliar: \_\_\_\_\_

## 4. ANTECEDENTES FAMILIARES DEL ASEGURADO

Relacione las enfermedades que padecen los familiares en primer y segundo grado de consanguinidad, si ya murieron por favor indicarlo y a continuación detalle causa de muerte o la enfermedad que padece: Parentesco: \_\_\_\_\_ Fallecido: Si No Causa o Enfermedad \_\_\_\_\_

## 5. ANTECEDENTES PERSONALES DEL ASEGURADO

5.1 ¿Fuma? Si No Promedio de cigarrillos diarios \_\_\_\_\_

5.2 ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por consumo de alcohol u otra droga psicoactiva? Si No ¿Cual? \_\_\_\_\_

5.3 ¿Le han practicado abortos o cesareas? Si No ¿Cual? \_\_\_\_\_

5.4 ¿Ha tenido alguna enfermedad de senos, ovarios útero o trastornos de la menstruación? Si No ¿Cual? \_\_\_\_\_

5.5 ¿Se encuentra en estado de embarazo? Si No ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_

5.6 Indique su peso (kg) \_\_\_\_\_

5.7 Indique su talla (cm) \_\_\_\_\_

5.8 ¿Practica deportes o aficiones de alto riesgo como: paracaidismo, parapente, bungee jumping, buceo, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, esquí, boxeo, artes marciales u otro? Si No ¿Cual? \_\_\_\_\_

5.9 ¿A que entidad de salud pertenece?: \_\_\_\_\_

5.10 ¿Utiliza moto? Si No Si su respuesta es afirmativa indique marca y cilindraje \_\_\_\_\_

5.11 ¿Viaja en aviones particulares como piloto o pasajero? Si No Si su respuesta es afirmativa indique tipo de aeronave y horas de vuelo \_\_\_\_\_

## 6. VALOR ASEGURADO POR AMPARO

Muerte	Incapacidad total y permanente	Indemnización adicional por muerte o desmembración a causa de un accidente	Enfermedades Graves	Auxilio Funerario	Renta diaria por Hospitalización

La cobertura de muerte incluye el beneficio de exogenación de pago de primas para algunos productos.

## 7. RELACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo y número de documento	Nombre completo	Parentesco	% de participación	Título de designación
CC CE PT CD PA TI RC NIT				
CC CE PT CD PA TI RC NIT				
CC CE PT CD PA TI RC NIT				
CC CE PT CD PA TI RC NIT				
CC CE PT CD PA TI RC NIT				
CC CE PT CD PA TI RC NIT				

(TI: Tarjeta de identidad, RC: Registro civil, NIT: Número de identificación tributaria, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de Protección Temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte)

**Usted tiene la opción de nombrar uno o más beneficiarios contingentes. La Póliza incluye cláusula de Acrecimiento.**

## 8. FORMA DE PAGO

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

## 9. DÉBITO AUTOMÁTICO

Cuenta de ahorro  Cuenta corriente  Banco  No. de Cuenta  Día de cobro

# SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

## 10. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES TOMADOR Y/O ASEGURADO

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 01800011170 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): \_\_\_\_\_

## 11. FIRMA Y HUELLA DEL TOMADOR

## 12. FIRMA Y HUELLA DEL ASEGURADO

**Si el tomador y el asegurado son la misma persona solo debe firmar y colocar huella en el punto 11**