Formato de vinculación

ACCAI

Ingresa la siguiente información para registrar la solicitud

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nit. 860.011.153-6

No. de solicitud	Fecha	Tipo de vinculado	Régimen de procedencia	¿ACCAI?
	Día Mes Año			◯ SÍ ◯ NO

1. Información personal: Ingresa la siguiente información para registrar la vinculación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nacionalidad	**País de nacimiento**	**Departamento de nacimiento**	**Ciudad de nacimiento**

Género	Fecha de nacimiento	Tipo de identificación	Fecha de expedición
◯ M ◯ F	Día Mes Año	◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA No.	Día Mes Año

País de expedición	Departamento de expedición	Ciudad de expedición	Lugar de correspondencia

Datos residencia

País	Departamento	Ciudad	Dirección

Correo electrónico	Tipo de correo electrónico	Teléfono	Extensión	Celular

Datos laborales

País	Departamento	Ciudad	Dirección

Correo electrónico	Tipo de correo electrónico	¿Autoriza envío de información al correo electrónico?
		◯ SÍ ◯ NO

Teléfono	Extensión	Celular	¿Autoriza envío de información al número celular?
			◯ SÍ ◯ NO

2. Datos adicionales: Ingresa la siguiente información para registrar la solicitud de vinculación

Profesión	Estado civil

Tipo de beneficiario	Tipo de identificación ◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA	Nombre	Género	Fecha de nacimiento
	No.		◯ M ◯ F	Día Mes Año
	No.		◯ M ◯ F	Día Mes Año
	No.		◯ M ◯ F	Día Mes Año
	No.		◯ M ◯ F	Día Mes Año

3. Datos laborales: Ingresa la siguiente información para registrar la solicitud de vinculación

Ocupación	¿Cotizó más de 150 semanas?	Salario base*	¿Es vinculado PEP?	¿Tiene un vinculo familiar con PEP?
	◯ SÍ ◯ NO		◯ SÍ ◯ NO	◯ SÍ ◯ NO

Parentesco	Tipo de identificación ◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA	Nombre	Cargo	Acciones
	No.			
	No.			
	No.			
	No.			

4. Datos empleador: Esta sección solo aplica y se presenta para afiliados dependientes

Tipo de identificación del empleador ◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA	Razón social	Tipo de empleador	Fecha de inicio relación laboral
No.			Día Mes Año

País	Departamento	Ciudad	Barrio	Dirección

Correo electrónico	Tipo de correo electrónico	Teléfono	Extensión	Celular

5. Datos contratos: Esta sección solo aplica y se presenta para afiliados independientes

Tipo de identificación del contratante ◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA	Razón social	Tipo de contrato
No.		

Valor del contrato	Fecha de inicio del contrato	Fecha fin del contrato
	Día Mes Año	Día Mes Año

Para afiliados voluntarios, no se presenta empleador y contratos

Concepto de ingresos mensuales	Otro concepto

6. Información general: Ingresa la siguiente información para registrar la solicitud de vinculación

Tipo de identificación del asesor comercial ◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA	Nombres y apellidos del asesor	Código del asesor
No.		

Lugar del asesor	Voluntad de selección y afiliación	Autorización de manejo de datos personales	Declaración dependientes
	◯ SÍ ◯ NO	◯ SÍ ◯ NO	◯ SÍ ◯ NO

Valor del contrato	Fecha de inicio del contrato	Fecha fin del contrato
	Día Mes Año	Día Mes Año

7. Expediente electrónico

Tipo de expediente	Nombre	Tipo de identificación ◯ NIT ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ NU ◯ PA
		No.

Tipo de documento:	Documento	Fecha de expedición	Fecha vigencia	Acciones
		Día Mes Año	Día Mes Año	
		Día Mes Año	Día Mes Año	
		Día Mes Año	Día Mes Año	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8. 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: que pudieran ocasionar la nulidad relativa del contrato.

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, asi 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. (i) 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. (i) 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 (*) 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, Bogota; 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 PERSONAI ES SENSIRI ES COMERCIAI ES NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

1. Con excepción de (Escriba aqui que Tipo de datos NO autoriza): _____

9. Firma de solicitante (Vinculado)

Firma _____

Documento de identfifocación

_____

De

_____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_5_2_2_FR63 V2