

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma .

PÓLIZA No. 11-72-1000000078		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DÍA	MES	AÑO					
DATOS DEL TOMADOR											
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL BANCO FINANDINA S.A. BIC			NIT (Número de Identificación Tributaria) No. 860.051.894-6								
DIRECCIÓN: KILOMETRO 17 CARRETERA CENTRAL DEL NORTE - CHÍA CUNDINAMARCA				CIUDAD: BOGOTÁ		TELÉFONO (601)6511919					
DATOS DEL SOLICITANTE											
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <small>(C.C Cédula, C.E. Cedula Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)</small>			FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN					
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			DÍA	MES	AÑO						
OCUPACIÓN DETALLADA				FECHA DE NACIMIENTO			SEXO				
				DÍA	MES	AÑO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
DIRECCIÓN DE DOMICILIO											
CORREO ELECTRÓNICO											
CIUDAD			TELÉFONO								
INGRESOS MENSUALES \$			VALOR ASEGURADO \$								
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD											
"La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"											
1. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?											
	SI	NO		SI	NO						
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Túnel Metacarpiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manguito Rotador	<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"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infección por V.I.H. (SIDA) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo por favor amplíe _____											
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?, ¿cuál? especifique: _____											
3. Ha tenido, o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido enfermedades, accidentes o lesiones que hayan tenido que ser tratadas medicamente o que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente ?, especifique: _____											
4. Peso (Kg) <input type="text"/> Estatura (Mts) <input type="text"/>											
5. A que EPS, IPS esta afiliado. EPS _____ IPS _____											
6. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso afirmativo, especifique. _____											
7. Las actividades a las que se dedica son lícitas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso negativo especifique: _____											
8. (MUJERES) ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____											
9. (MUJERES) ¿MES ESPERADO DE PARTO? _____											
10. (MUJERES) ¿COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS U OBSTÉTRICAS? Si <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____											
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.											

DATOS DEL BENEFICIARIO

PÓLIZA DE DEUDORES, EL BENEFICIARIO SERÁ EL TOMADOR DEL SEGURO HASTA POR EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA:
EN ESTE CASO BANCO FINANADINA BIC S.A NIT 860.051.894-6

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si__No__.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

CLÁUSULA DE ASESORÍA AL CLIENTE: Declaro que recibí asesoría especializada, amplia y detallada por parte del asesor comercial de las condiciones técnicas y económicas del seguro, conociendo de este modo el alcance del producto en cuanto a cobertura y exclusiones y las acepto de manera libre y voluntaria. Así mismo certifico que entendí ampliamente el alcance del amparo de incapacidad total y permanente y me acojo a la calificación bajo el régimen de seguridad social en Colombia en salud, bajo los preceptos del manual único de calificación de invalidez decreto 1507 de 2014 o sus modificaciones reglamentarias.

Hago constar que he recibido en medio físico y/o virtual el clausulado y el formulario solicitud certificado de la póliza y lo acepto de conformidad. Queda claramente definido que para disfrutar de los amparos de la póliza adquirida debo estar al día en el pago de las primas.

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES, BAJO EL CUAL EL BENEFICIARIO SERÁ EL TOMADOR DE LA PÓLIZA HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA

NOTA

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS VERACES EN LA FORMA EN QUE APARECEN CONSIGNADAS, ACEPTO Y ENTIENDO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO.

IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

DECLARO CONOCER QUE SALVO ESTIPULACIÓN CONTRACTUAL EN CONTRARIO EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 ESTA PERMITIENDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA 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 SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. N° _____ DE _____

HUELLA
ÍNDICE
DERECHO

