

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO NIT No. <u>860527685-8</u>		RAZON SOCIAL <u>Fondo de Empleados FEPAU</u>	
DIRECCION <u>Cra 4 # 12-75</u>	TELEFONO <u>8574287</u>	CIUDAD / MUNICIPIO <u>Tocancipa</u>	DEPARTAMENTO <u>C/marca</u>

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. <u>92.152.454</u>		LUGAR DE EXPEDICIÓN <u>Saldaña</u>		FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <u>11/11/19</u>	
PRIMER APELLIDO <u>Ortega</u>		SEGUNDO APELLIDO <u>Guzman</u>		PRIMER NOMBRE <u>Arnolfo</u>	
DIRECCIÓN DOMICILIO <u>Upla Verganza Sector Esperanza</u>		TELÉFONO/FAX		CIUDAD / MUNICIPIO <u>Tocancipa</u>	
CORREO ELECTRÓNICO <u>arnolfo09@yahoo.co</u>		TELÉFONO CELULAR <u>311007063</u>		DEPARTAMENTO <u>C/marca</u>	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO <u>Rinificacion</u>		DÍA MES AÑO <u>11/06/1970</u>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE	
PESO <u>92</u> KG	ESTATURA <u>1.89</u> MTS	DIESTRO <input checked="" type="checkbox"/> AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO <input type="checkbox"/>		DEPORTES QUE PRACTICA <u>Ninguno</u>	
OCUPACIÓN DETALLADA <u>coordinador logístico</u>		VALOR ASEGURADO <u>\$ 40.000.000</u>		INGRESOS MENSUALES <u>\$ 2.100.000</u>	

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 checked="" type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aneurismas Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Trauma Medular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
S. de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Guillen Barre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Disfonía Crónica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sida	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis B,C o Delta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oxigenodependencia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Síndrome Mental Organico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bloqueos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						Enfermedades valvulares	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades Aterosclerotica del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 EXTRAPOLAR 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 alquien 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 19 días del mes de mayo del año 2023 en la ciudad de Tocancipa.

Arnulfo Ortega
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

Arnulfo Ortega
FIRMA SOLICITANTE
C.C. 93152454

