



Solicitud Individual Seguro de Vida Grupo

Favor diligenciar este formato en letra imprenta

Fecha		
Día	Mes	Año

TOMADOR	
Entidad Contratante	NIT.
Sucursal 231	Nombre Asesor Banco Pichincha S.A.
Identificación Asesor	Ciudad
	890.200.756-7

ASEGURADO	
Nombres y Apellidos	Tipo y Número de Identificación
FREDY ORLANDO RIVEROS CARDENAS	1026562875
Edad	Fecha de Nacimiento
Correo Electrónico	Día Mes Año
d0700163@unimilitar.edu.co	29 01 1990
Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña
Dirección Residencia	Ciudad
CARRERA 1 ESTE # 107 - 2	BOGOTA, D.C.
Departamento	Teléfono
BOGOTA	573102453035
Peso aproximado en Kilogramos.	Sexo
Estatuta	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Valor Asegurado Solicitado	\$

AMPAROS
AMPARO BÁSICO DE VIDA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
1. Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Derrames cerebrales, parálisis, convulsiones - epilepsia o migraña; Trastornos cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca, enfermedades en venas o arterias; Trastornos pulmonares como asma, tuberculosis, epoc; Trastornos gastrointestinales como úlcera o gastritis, cálculos biliares, masas hepáticas, pancreatitis, hernias, hemorragia intestinal o pólipos; Trastornos renales como ausencia de riñón, anomalías renales, insuficiencia renal crónica, infecciones urinarias repetición, cálculos renales o problemas de vejiga; Trastornos endocrinos como diabetes mellitus, colesterol - triglicéridos o tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida; Trastornos musculoesqueléticos como hernias discales, gota, lumbago; Trastornos autoinmunes como artritis reumatoide, lupus, síndrome antifosfolípido; Trastornos psiquiátricos como anorexia, autismo o depresión; Trastornos genitales como masas en mamas o útero, hemorragia uterina anormal o quistes ováricos. Lesiones en pene, próstata o testículos. Enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, gonorrea, condiloma o infección por vph; Trastornos alérgicos o dermatitis; Cáncer de tiroides, mama, ovario o testículo o desordenes sanguíneos como anemia, leucemia o linfomas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico	
2. Si en su leal saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Ha sido sometido cirugías Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente. Tiene algún procedimiento pendiente? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. SOLO PARA MUJERES. Se encuentra en embarazo? A tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. RESPONDER SOLO SI LA PREGUNTA 1 O 2 ES AFIRMATIVA en su familia hay casos de cáncer, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón o muerte súbita? Explique detalladamente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Practica algún deporte considerado de alto riesgo, ejemplo: Alpinismo, automovilismo, aviación no comercial o ultralivianos, buceo, carreras de autos, motociclismo, montañismo, paracaidismo. En caso afirmativo, suministre detalles	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. alguna Compañía de Seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales? En caso afirmativo, suministrar detalles:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En el evento de siniestro, autorizo a BANCO PICHINCHA S.A a descontar el pago de la Indemnización el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del Siniestro, el excedente, si lo hubiere, solicito sea entregado a los beneficiarios descritos a continuación:

BENEFICIARIOS DEL SEGURO							
Apellidos y Nombres	Tipo y Numero de Documento	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%	

AUTORIZACIONES
<p>AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA "De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento."</p> <p>AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO en caso de celebrarse el contrato de seguros que mediante este documento solicito, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que Liberty, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1556 del Código de Comercio, no garantiza la continuidad de la vigencia de la póliza de seguro de vida grupo, por lo tanto, la vigencia de la póliza de seguro de vida grupo será de treinta (30) días al vencimiento de la vigencia de la póliza de seguro de vida grupo.</p> <p>CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÁN AL CONTRATO. "Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO FORMA 02/09/2019-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D001 las cuales se encuentran disponibles en la página web de Liberty www.libertycolombia.com.co</p> <p>DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO que, la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora haga del mismo de manera expresa.</p>

Rev. 2020-10

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT. 860.039.988-0

GVG-02

AFIRMO QUE MIS ACTIVIDADES, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, sea revocado a vencimiento de la vigencia en curso, en caso de ser incluido en listas de la ofac y/o de la onu; cuando esta circunstancia se presente y solicito se informe de ello al oficial de cumplimiento de la aseguradora.

RETICENCIA: Aplicación del concepto de reticencia y preexistencia para el amparo básico e incapacidad total y permanente; Se aclara, que cuando se diligencien declaraciones de asegurabilidad por créditos menores o iguales a doscientos cincuenta millones de pesos (\$250.000.000) no tendrán efecto las sanciones contenidas en los Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio.

COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES LIBERTY SEGUROS S.A.

Yo _____, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE

Nº LIBERTY SEGUROS S.A. (en adelante LIBERTY) identificado con NIT 860.039.988-0, con domicilio en la Calle 1728 No. 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.libertycolombia.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@libertycolombia.com o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LIBERTY, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento finalice la finalidad del contrato de seguro, el contrato de mutuo en caso que suscriba con LIBERTY, sea compilada,

1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos; v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora; vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LIBERTY y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LIBERTY tales como asesores y consultores; a mi(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LIBERTY, tales como: ajustadores de seguros, call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos;

3. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LIBERTY.

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISIÓN DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con LIBERTY, sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LIBERTY, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LIBERTY, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iv) LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S.

para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LIBERTY y a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S., para que con fines estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

Huella Dactilar

Para constancia se firma en a los 22 días del mes de ENERO de 2021

FREDY ANTONIO RIVERA CARDENAS

1026562875

Fecha: 22 - ENERO - 2021 / 03:03

OTP de Firma: 118478

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. No.1026562875 DE BOGOTA, D.C. - BOGOTA

Índice Derecho