



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ESPCIO PARA TIMBRE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

SUCURSAL _____

Intermediario _____

Clave Intermediario _____

PÓLIZA No. _____

Código Asegurado _____

Código Tomador _____

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA

En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

CLASE DE CLIENTE Tomador Asegurado

Fecha diligenciamiento

DÍA MES AÑO

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:

Familiar

Comercial

Laboral

Ninguna

Cuál

Tomador - Asegurado

Tomador - Beneficiario

Asegurado - Beneficiario

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Tipo de Identificación C.C. C.E.

No.

Expedida en

Fecha de Expedición

Fecha de Nacimiento

Día

Mes

Año

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad

Sexo M F

Estado Civil:

Soltero Casado Unión Libre Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

Dirección Residencia

Tel. Residencia

Tel. Celular

Ciudad

Depto.

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado

Independiente

Estudiante

Rentista

Socio

Pensionado

Código de Actividad "CIU"

E-mail

Ocupación / Profesión

Nombre Empresa donde Trabaja

Cargo que Desempeña

Dirección Empresa

Tel.

Ciudad

Depto.

E-mail

Envío de correspondencia: Casa Trabajo

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí No

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Sí No

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí No

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique: _____

PERSONA JURÍDICA

Razón Social

NIT

Dirección Oficina Principal

Ciudad

Teléfono

Fax

Dirección Sucursal o Agencia

Ciudad

Teléfono

Fax

Tipo de Empresa: Pública Privada Mixta Inversión Extranjera Otra Cuál? _____

Código de Actividad "CIU"

E-mail

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO

C.C. C.E. T.I. NIT

C.C. C.E. T.I. NIT

C.C. C.E. T.I. NIT

3. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TOMADOR

Total Activos \$ _____

Total Pasivos \$ _____

Ingresos Mensuales \$ _____

Otros Ingresos \$ _____

Concepto (Otros Ingresos) _____

Egresos Mensuales \$ _____

Otros Egresos \$ _____

Concepto (Otros Egresos) _____

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí NO Tipo de transacción: Importación Exportación

Inversiones Préstamos Transferencias Otros Cuál? _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) _____

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato.

5. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS SA, para verificar y solicitar aun después de mi fallecimiento a cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica completa.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (PARA PERSONAS JURÍDICAS SE DEBE ADJUNTAR LA DEL REPRESENTANTE LEGAL).
Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de Seguro con las siguientes características:

PERSONAS NATURALES: En caso de que el valor asegurado supere los 846 S.M.M.L.V.

- Constancia de ingresos y/o certificado de ingresos y retenciones.
- Declaración de renta del último año gravable disponible (Si declara).
- Estados Financieros Auditados.

PERSONAS JURÍDICAS: En caso de que el valor asegurado supere los 1.057 S.M.L.V.

- Original del Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio con vigencia no superior a tres (3) meses.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Declaración de renta del último año gravable disponible si (declara) ó Estados financieros certificados (Balance y Estado de Resultados).

7. INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Ha tenido seguros de vida en otras compañías? Sí No ¿Ha hecho reclamaciones por seguros de vida? Sí No ¿En cuál compañía? _____

¿Tiene seguros de vida vigentes? Sí No ¿En qué compañía? _____ ¿Con qué valor asegurado? \$: _____

Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros, respecto de cualquier asegurador en los dos (2) últimos años:

Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización
				SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

8. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO SI ES DIFERENTE AL TOMADOR

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.		No.		Expedida en	
Fecha de Nacimiento		Día		Mes	
Año		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil:		Dirección Residencia	
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>		Tel. Residencia		Tel. Celular	
Ciudad Residencia		Depto. Residencia		E-mail: Personal	
Nombre de la Empresa		Ciudad		Depto.	
Dirección Laboral		Teléfono Empresa		Ciudad	
Depto.		E-mail:		Envío de correspondencia: Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>	

1. Favor diligenciar totalmente la solicitud, no deje espacios en blanco. 2. Diligencie la solicitud en tinta negra en todas las hojas. 3. La presente solicitud debe ser diligenciada únicamente por el asegurado.

8. ¿Practica deportes de alto riesgo en calidad de aficionado, instructor o profesional?
¿Cuáles? SÍ NO

9. ¿Le han practicado alguna biopsia? (Si su respuesta es sí anexar resultado)
En qué órgano Fecha: SÍ NO

10. ¿Le han encontrado alguna vez el colesterol o triglicéridos elevados? SÍ NO

11. ¿Ha recibido tratamiento profesional por uso de alcohol o drogas? SÍ NO

12. ¿Le han practicado alguna vez un examen para detectar la presencia del virus del SIDA?
Motivo _____
Fecha _____ Negativo Positivo

13. ¿Pertenece a Instituciones tales como Defensa Civil, Cruz Roja u organismos que desarrollen actividades afines?
ACuál? SÍ NO

14. Está usted dispuesto a realizarse un examen médico solicitado por Positiva Compañía de Seguros S.A. SÍ NO

15. Tiene proyectada alguna hospitalización, examen o intervención quirúrgica.
Cuál? Fecha: SÍ NO

12. ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Tiene alguna lesión congénita, incapacidad o defecto físico? SÍ NO Cuál? _____

2. ¿Ha sido hospitalizado? SÍ NO Por qué? _____

3. ¿Ha sufrido alguna enfermedad, lesión o cirugía, o ha tenido antecedentes relacionados con los siguientes sistemas u órganos?

	SÍ	NO		SÍ	NO
a) SISTEMA NERVIOSO Parálisis, Mareos, Convulsiones, Desmayos, Apoplejías, Trastornos mentales o Nerviosos, Dolores de cabeza persistentes.			g) SISTEMA MUSCULAR Y/O ESQUELÉTICO Fracturas, Artritis, Gota, Osteomielitis, o alguna alteración de los músculos o huesos columna vertebral o articular, otros.		
b) SISTEMA HEMÁTICO O LINFÁTICO Anemias, Alergias, Desórdenes sanguíneos.			h) APARATO CARDIOVASCULAR Soplo o Arritmias cardiacas, Fiebre reumática, Hipertensión arterial, Ataques cardiacos, otros.		
c) APARATO RESPIRATORIO Efisema, Bronquitis, Neumonía, Trastornos respiratorios crónicos o Afecciones relacionadas con Pulmones, Bronquios o Tráquea, Tuberculosis.			i) APARATO GENITAL Y URINARIO Cálculos, Infecciones urinarias a repetición, presencia de sangre en la Orina, Pus o Albúmina u otros desórdenes renales, de la vejiga o de los órganos reproductivos, próstata, otros.		
d) ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Enfermedades de los Ojos, Oídos, Nariz o Garganta.			j) APARATO DIGESTIVO Úlcera duodenal o Gástrica, Gastritis, Apendicitis, Divertículos, Hemorroides, Diarrea Persistente o algún problema relacionado con el Estómago, Intestinos, Hígado o Vesícula biliar, Páncreas, Hernias, otros.		
e) SISTEMA ENDOCRINO Diabetes, Trastornos de la Glándula Tiroides, Colesterol y Triglicéridos, otros.			K) Enfermedades infecciosas VIH / SIDA, Hepatitis B o C, Paludismo, Leishmaniasis.		
f) PIEL ANEXOS Piel, Cabello, Uñas, Ganglios, Quistes, otros.					

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGÚN ÍTEM ANTERIOR FAVOR ESPECIFIQUE:

NUMERAL	ENFERMEDAD O LESIÓN	FECHA	SECUELAS	INSTITUCIÓN TRATANTE

13. A QUÉ ENTIDAD DE SALUD PERTENECE

EPS _____ ARS _____ ¿Cuál? _____

IPS (Centro de atención médica) _____

14. ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS - SOLO PARA MUJERES

No. DE PARTOS	FECHA DEL ÚLTIMO PARTO	No. DE HIJOS	No. DE ABORTOS	No. CESÁREAS	CAUSA

2. ¿Ha tenido alguna enfermedad de los senos, ovarios, útero o trastornos de la menstruación? SÍ NO Aclare _____

3. ¿Está actualmente embarazada? SÍ NO ¿Cuántos meses? _____

Última Citología: _____ Resultado Normal Anormal Fecha última menstruación _____

15. ANTECEDENTES FAMILIARES

	VIVOS		FALLECIDOS		VIVOS		FALLECIDOS	
	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD	CAUSA MUERTE	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD	CAUSA MUERTE
PADRE					HIJOS			
MADRE								
HERMANOS								

16. OBSERVACIONES

17. CARÁCTER SOLICITUD

El presente documento es simplemente una solicitud para evaluación y selección, y no constituye aceptación del riesgo por parte de la Compañía. Hasta que no sea expedida la Póliza. Los dineros consignados a favor de la Compañía constituirán un simple depósito.

En fe de lo anterior, presento esta solicitud en _____ el día _____ de _____ del año _____

18. FIRMA Y HUELLA

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 siguiente documento:

FIRMA TOMADOR O REPRESENTANTE LEGAL	HUELLA	FIRMA ASEGURADO	HUELLA

19. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista _____	
Fecha de la Entrevista	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
	Hora <input type="text"/>
Nombre Intermediario _____	
C.C., C.E. o NIT	Clave y/o Código
Nombre Asesor Responsable _____	
C.C., C.E. o NIT	Clave y/o Código
Firma Intermediario y/o Asesor Responsable _____	
Resultado de la Entrevista _____	

20. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de la Verificación	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
	Hora <input type="text"/>
Nombre y Cargo de quien Verifica _____	
Firma _____	
Resultado de la Verificación _____	

FIRMAS SEGÚN NIVELES DE AUTORIZACIÓN

Aprobó

Rechazó

Motivo: _____

FIRMAS
