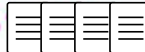




Nº Solicitud

COL - A -



SUCURSAL

IMPRESORES

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

CÓDIGO  
VT-RE-SSI-01

FECHA DILIGENCIAMIENTO

DÍA MES AÑO

Esta solicitud de seguro debe diligenciarse en bolígrafo de tinta negra y en letra legible (no se debe utilizar pluma, micro-punta o estilografo).

Marque con una equis (x) solamente un ramo

SEGURO SOLICITADO VIDA GRUPO  ACCIDENTES PERSONALES  OTRO  CUÁL? \_\_\_\_\_

ESTA SOLICITUD, DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LOS EXÁMENES MÉDICOS Y COMPLEMENTARIOS FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO, POR LO TANTO ES INDISPENSABLE QUE LA CONTESTE EN SU TOTALIDAD, NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO, SI HAY CORRECCIONES O ENMENDADURAS, SÍRVASE ACLARARLAS EN EL CAMPO DE OBSERVACIONES Y VALIDARLAS CON SU FIRMA.

**DATOS DEL TOMADOR**

Nº DE PÓLIZA (Sólo si ya está expedida) Ó Nº DE SOLICITUD TOMADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C.  NIT  C.E.  NÚMERO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONOS \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C.  C.E.  T.I.  NÚMERO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO

GÉNERO F  M  INGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_ EGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONOS \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN DETALLADA \_\_\_\_\_

DEPORTE QUE PRACTICA \_\_\_\_\_ HOBBIES \_\_\_\_\_

¿USA MEDIOS DE TRANSPORTE COMO MOTOS, BICICLETAS, LANCHAS DE MOTOR, AVIÓN O AVIONETA NO COMERCIAL, OTROS? SÍ  NO

CUAL? \_\_\_\_\_ COMO MEDIO DE TRANSPORTE  O COMO MEDIO DE TRABAJO

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

"La tranquilidad de Usted y su familia depende de la veracidad de la información suministrada"

¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON LO SIGUIENTE?

CÁNCER	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <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"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULMONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFECCIONES POR V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿HA PADECIDO, PADECE O ESTÁ SIENDO TRATADO DE ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENUNCIADAS ARRIBA?

¿ HA TENIDO, O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA?

¿ HA PADECIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN?

¿ TIENE PROYECTADA ALGUNA HOSPITALIZACIÓN, EXAMEN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

EN CASO DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR A CONTINUACIÓN DESCRIBA LOS DETALLES CON SU RESPECTIVA FECHA DE OCURRENCIA:

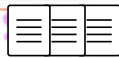
PESO (Kgs)   
ESTATURA (Mts)

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTÉ DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.**

PRODUCTO \_\_\_\_\_ SI CORRESPONDE A ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES, SE REQUIERE ANEXAR SARLAFT DEL TOMADOR/ ASEGURADO

CATEGORÍA \_\_\_\_\_ **DATOS DEL(OS) BENEFICIARIO(S)**

AMPARO	VALOR ASEGURADO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PARENTESCO	DESIGNACIÓN	%



COL - A - JOO

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, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR A CENTRALES DE RIESGOS E INFORMACIÓN**

**Declaro expresamente que:**

1. LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (Detalle de 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 COMPAÑÍA 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 DERIVEN 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. PARA VERIFICAR Y SOLICITAR AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO A CUALQUIER MÉDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA, INCLUYENDO LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.

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 ESTÁ PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN, EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., LE SEA SUMINISTRADA SIN MÁS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA ACTUAL AUTORIZACIÓN. QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE SALUD QUE RECIBA ESTA 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 ME SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA LA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, RESULTADOS DE VALORACIÓN POR MÉDICOS O JUNTAS DE MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTAS, ETC.

FIRMA DEL SOLICITANTE (Asegurado).

C.C. N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL SOLICITANTE  
ÍNDICE DERECHO