

AVISO DE PRIVACIDAD:

Positiva Compañía De Seguros S. A., en virtud de la normatividad vigente, garantiza que la información personal consignada en este documento será utilizada únicamente para dar trámite a los servicios y productos que ha solicitado, para tal finalidad requerimos los datos que detallamos a continuación.

ESPACIO PARA RADICACIÓN

No. Solicitud COL - T

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO TOMADOR

CÓDIGO: MIS_5_2_2_FR56

SUCURSAL:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DD MM AAAA

Marque con una equis (x) **solamente un ramo**

VIDA GRUPO

ACCIDENTES PERSONALES

OTRO

¿CÚAL?

Indique la modalidad del seguro: ¿Contributivo?

Sí

No

Esta solicitud de seguro debe diligenciarse en bolígrafo de tinta negra y en letra legible (no utilizar pluma, micropunta o estilógrafo). En caso de requerir varios productos, el Tomador deberá presentar una solicitud por cada ramo.

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.

1. DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	
<input type="text"/>		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿Cúal? <input type="text"/> No. <input type="text"/>	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	
<input type="text"/>		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿Cúal? <input type="text"/> No. <input type="text"/>	

DETALLE DE ACTIVIDAD Tipo de empresa: PÚBLICA PRIVADA MIXTA INVERSIÓN EXTRANJERA OTRA ¿Cúal?

CIU	EMAIL	DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DEPARTAMENTO	TELÉFONO	FAX	CIUDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	FAX
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. DATOS PARA LA PÓLIZA

Producto:

AMPAROS SOLICITADOS	VALOR ASEGURADO POR PERSONA	AMPAROS SOLICITADOS	VALOR ASEGURADO POR PERSONA	AMPAROS SOLICITADOS	VALOR ASEGURADO POR PERSONA

PRIMA POR ASEGURADO: <input type="text"/>	PRIMA POR ASEGURADO: <input type="text"/>	PRIMA POR ASEGURADO: <input type="text"/>
NÚMERO DE ASEGURADOS: <input type="text"/>	NÚMERO DE ASEGURADOS: <input type="text"/>	NÚMERO DE ASEGURADOS: <input type="text"/>

3. DATOS DE INTERMEDIACIÓN

NOMBRE INTERMEDIARIO	TIPO DE INTERMEDIARIO	CLAVE	% DE PARTICIPACIÓN

4. PERÍODOS DE FACTURACIÓN

ANUAL TRIMESTRAL
MENSUAL SEMESTRAL

5. FORMA DE PAGO

MEDIO DE PAGO

Si seleccionó "Débito Automático" como medio de pago suministre:

Tipo de cuenta

Ahorro Banco

Corriente Número de cuenta

Plazo para pago de prima

Días

*En concordancia con el artículo 1066 del Código de Comercio (Pago de la prima) Positiva otorga cuarenta y cinco (45) días de plazo para el pago de la prima contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de sus certificados y anexos; por tanto, cualquier plazo diferente a éste, por favor registrarlos en la casilla de "Plazo para pago de prima" a fin de realizar la validación pertinente en el proceso de suscripción.

6. TIPO DE NEGOCIO

% 100 COMPAÑÍA

COASEGURO CEDIDO

COASEGURO ACEPTADO

Si el tipo de Negocio es Coaseguro diligencie la siguiente información:

PARTICIPACIÓN EN COASEGURO COMPAÑÍA LIDER _____ % PARTICIPACIÓN _____

OTRAS COMPAÑÍAS	% DE PARTICIPACIÓN

7. OBSERVACIONES

DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (PARA PERSONAS JURÍDICAS SE DEBE ADJUNTAR LA DEL REPRESENTANTE LEGAL). **1.** Original del certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio con vigencia no superior a (3) meses y/o fotocopia del Registro Único Tributario RUT (Aplica sólo para personas jurídicas). **2.** Formulario de SARLAFT, totalmente diligenciado.

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Ha presentado reclamaciones sobre seguros de personas, respecto de cualquier asegurado en los últimos tres (3) años? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, a continuación relacione el detalle de las reclamaciones presentadas:

AÑO	# DE RECLAMACIONES	AMPARO AFECTADO	VALOR TOTAL	% DE PARTICIPACIÓN

AVISO DE PRIVACIDAD. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012: Positiva.gov.co; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

INFORMACION COMERCIAL: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. el envío a mi correo electrónico o celular de: Ofertas y Publicidad, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a ofrecer.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que: (i) responda y respete el interés superior, es decir derechos prevalentes, y (ii) que asegure el respeto de sus derechos fundamentales, de modo que, si ese tratamiento afecta algún derecho constitucional del menor, no podrá realizarse.

DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72, Bogotá; correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co; Teléfono: 6502200 en Bogotá y 01800011170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo.

AUTORIZACIÓN EXPRESA E INEQUÍVOCA, DE TODOS MIS DATOS PERSONALES, SENSIBLES, COMERCIALES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Con excepción de (Escriba aquí que Tipo de datos NO autoriza): _____

FIRMA DEL SOLICITANTE (TOMADOR O REPRESENTANTE LEGAL)

C.C. _____ DE _____