

# SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN AL SEGURO DE VIDA GRUPO

 GRUPO     DEUDORES    INICIACIÓN     MODIFICACIÓN 
**IMPORTANTE:** Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
---------------------------	-----	-----	-----	--------	----------	---------------

EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO. SI TRANSCURRIDO EL TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA

**DATOS DEL TOMADOR**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. <b>860.028.576-2</b>	<b>COOPERATIVA DE CREDITO CORVINDE</b>

**DATOS DEL SOLICITANTE**

APELLIDOS		NOMBRES			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____	____/____/____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CASADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO				
INGRESOS MENSUALES	ESTATURA	PESO	PROFESIÓN		

OCUPACIÓN DETALLADA:

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

VALOR ASEGURADO	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES	AUXILIO FUNERARIO	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
-----------------	----------------------------	--------------------------------	---	---------------------	-------------------	----------------------------------

**INFORMACIÓN DEL CRÉDITO**

NÚMERO DE CRÉDITO	VALOR ASEGURADO INICIAL O VALOR DE PRÉSTAMO INICIAL	PLAZO DEL CRÉDITO
SOLICITUD INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO A:	VALOR DE PRIMA	

 En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) SI  NO   
 especifique \_\_\_\_\_

 Las actividades a las que se dedica son lícitas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? SI  NO   
 en caso negativo especifique: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

 Consume actualmente algún medicamento SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

A que EPS e IPS está afiliado. EPS \_\_\_\_\_ IPS \_\_\_\_\_

Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia?

 SI  NO  En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia. \_\_\_\_\_

¿HA PADECIDO O SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, DILIGENCIE LOS CUADROS COMPLEMENTARIOS)

TIPO DE ENFERMEDAD	SI	NO	FECHA DE APARICIÓN OCURRENCIA O PRÁCTICA	CUAL ENFERMEDAD / TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL
CARDIACA O VASCULAR					
HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
PULMONARES, ASMA, TUBERCULOSIS					
DIGESTIVAS (ÚLCERAS, PÓLIPOS, QUISTES, HERNIAS, COLON)					
RENALES Y/O GENITOURINARIAS (PRÓSTATA, TESTÍCULOS, ÚTERO, OVARIOS, TROMPAS DE FALOPIO).					
ENFERMEDADES HEPÁTICAS (HIGADO, PÁNCREAS)					
ENFERMEDADES VENÉREAS					
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, REUMATISMO, ARTRITIS					
MENTALES ( TRASTORNO BIPOLAR, ALZHEIMER, DEPRESIÓN)					
NERVIOSAS ( EPILEPSIA, TRASTORNOS EMOCIONALES)					
DIABETES MELLITUS					
CÁNCER U OTROS TUMORES					
CEREBRO VASCULAR					
SIDA / VIH					
¿LE HA OCURRIDO ACCIDENTES O LESIONES GRAVES?					
DEFORMIDADES O MALFORMACIONES					
OTRAS ENFERMEDADES NO DESCRITAS ANTERIORMENTE					
¿HA TENIDO, O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ENFERMEDADES, ACCIDENTES O LESIONES QUE HAYAN TENIDO QUE SER TRATADAS MÉDICAMENTE O QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABA SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?					
¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON TRASTORNOS MENTALES O ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?					
¿HA SIDO HOSPITALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?					
¿SE HA SOMETIDO A CIRUGÍAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?					
¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA CIRUGÍA?					
(MUJERES) ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO?			¿MES ESPERADO DE PARTO?		
(MUJERES) ¿COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS U OBSTÉTRICAS?			¿CUÁL?		
(MUJERES) ¿HA TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES?			¿HA TENIDO COMPLICACIONES EN ESOS EMBARAZOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL?		

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

SI ES PÓLIZA DE DEUDORES EL BENEFICIARIO SERA EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA

**DATOS DEL BENEFICIARIO VOLUNTARIOS**

NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS BENEFICIARIOS

%

PARENTESCO

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.**

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mí suministrada. En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento. Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**, el cual se encuentra publicado en las páginas, [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com) y [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com) Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 #90-20, Teléfono 2 18 69 777, correo electrónico [info@segurosdelestado.com](mailto:info@segurosdelestado.com)

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s), así:

1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

**IMPORTANTE**

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS, ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SINO HASTA QUE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE SON CONOCIDOS POR **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

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 ESTA PERMITIENDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA 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 SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

**FIRMA Y HUELLA**

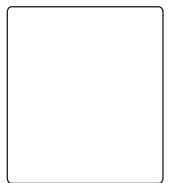
DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.



FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA

\_\_\_\_\_ **FIRMA DEL ASEGURADO**  
C.C. N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

HUELLA  
ÍNDICE  
DERECHO



**OBSERVACIONES DEL SELECCIONADOR (Espacio para uso exclusivo de SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.)**

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1. APROBADO <input type="radio"/></p> <p>2. APLAZADO <input type="radio"/></p> <p>3. RECHAZADO <input type="radio"/></p> <p>4. EXTRAPRIMADO <input type="radio"/></p>	<p>_____</p> <p>Firma del Seleccionador</p>	<p>FECHA</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						

**DATOS DEL INTERMEDIARIO**

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO.	CLAVE	SUCURSAL
---------------------------	-------	----------

Firma \_\_\_\_\_

Fecha 

--	--	--	--	--	--