

CÓDIGO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	SUCURSAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO
CLAVE ASESOR		NOMBRE ASESOR		

Contributiva

No contributiva

Mixta _____ % de la compañía

DATOS TOMADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN										NO. DE IDENTIFICACIÓN
	CC	CE	RC	PS	CD	NI	RU	NP	PE		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN										NO. DE IDENTIFICACIÓN
	CC	CE	RC	PS	CD	NI	RU	NP	PE		
CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE LA EMPRESA						¿Cuál?		GOD. ACTIVIDAD CIU		
	Pública	Privada	Mixta	Inversión Extranjera	Otra						

* CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; RC: Registro Civil; PS: Pasaporte; CD: Carné Diplomático; NI: NIT; RU: RUT; NP: Número Único de Identificación Personal NUIP; PE: Permiso Especial.

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL
DIRECCIÓN O AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL

DATOS DE LA PÓLIZA

GRUPO FAMILIAR SELECCIONADO		PLAN SELECCIONADO		
Grupo Familiar Solteros	Grupo Familiar hasta 5 asegurados	Esencial	Plus	Más
Grupo Familiar Casados	Grupo Familiar hasta 10 asegurados	Total	Otro	
Otro	¿Cuál? _____	¿Cuál? _____		

CONTINUIDAD

MANTIENE CONTINUIDAD	COMPAÑÍA ANTERIOR		NUMERO DE FUNCIONARIOS	NUMERO DE GRUPOS FAMILIARES
SI NO				

La continuidad se otorga para quienes estén relacionados en la certificación de la compañía de la que se traslada.

AMPAROS ADICIONALES SOLICITADOS (Aplican únicamente mediante el pago de prima adicional)

PERIODOS DE PAGO

Auxilio por fallecimiento del asegurado principal	SI	NO	Anual	Trimestral
Protección garantizada con destinación específica	SI	NO	Mensual	Semestral
Asistencia exequial para mascota	SI	NO		

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

NOMBRE INTERMEDIARIO	TIPO DE INTERMEDIACIÓN	CLAVE	% DE PARTICIPACIÓN

Porcentaje de retorno _____

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 tres (3) meses y/o fotocopia del Registro Único Tributario RUT (aplica sólo para personas jurídicas).

DECLARACIONES

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS PRECEDENTES SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS, ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DEL SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA, SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA SIEMPRE QUE PARA ESE ENTONCES CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE EDAD Y MI GRUPO FAMILIAR ESTÉ ACORDE EN EDAD Y PARENTESCO SEGÚN MI ESTADO CIVIL A DICHA FECHA, DE IGUAL MANERA, SI EXISTIERA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

ASÍ MISMO, FACULTO A POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., PARA CONSULTAR LAS BASES DE DATOS DE SEGUROS DE PERSONAS RELATIVAS A RIESGOS E INDEMNIZACIONES, AL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CREDITICIAS Y A LAS DEMÁS QUE PERMITAN UN CONOCIMIENTO ADECUADO DEL ASEGURADO. DE IGUAL MANERA LA AUTORIZO PARA QUE INFORME A ESAS MISMAS BASES DE DATOS LOS ASPECTOS QUE LA COMPAÑIA CONSIDERE PERTINENTES EN RELACIÓN CON EL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO O QUE VAYA A CELEBRAR.

AVISO DE PRIVACIDAD – HABEAS DATA. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES

Para POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A, es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales y Datos Sensibles de nuestros clientes, es por eso que "POSITIVA" ha diseñado políticas y procedimientos que para mayor claridad están en el "ABC del Habeas Data" en nuestra página web : <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/Politica-informacion.aspx> (Ley 1581 de 2012) que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos personales y datos sensibles conforme a la ley; lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual autoriza el tratamiento de sus datos personales y sensibles.

PERSONA PÚBLICA O POLÍTICAMENTE EXPUESTA ("PEPS"); (a) Durante los 2 últimos años usted ha sido catalogado como "PEPS": Sí ___ No ___ En qué cargo "PEPS" (si aplica) _____ Fecha de retiro (si aplica) _____; (b) Usted tiene actualmente vínculos con un "PEPS": Sí ___ No ___ Nombre completo "PEPS" (si aplica) _____ No. Identificación _____ Vínculo _____

DATOS PERSONALES; Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑIA 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 personales para las siguientes finalidades: (a) solicitud y expedición de la póliza y el clausulado. (b) Autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros de POSITIVA, 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".

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis DATOS PERSONALES: Sí ___ No ___

DATOS SENSIBLES; Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑIA 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, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados.

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis DATOS SENSIBLES: Sí ___ No ___

INFORMACIÓN Y OFERTAS COMERCIALES; Autorizo el envío de esta información, 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 prestar u ofrecer POSITIVA. Sí ___ No ___ Declaro que he sido informado sobre los derechos que me asisten como titular: 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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72, Bogotá-Colombia Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al cliente. Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país. Contacto: Proceso PQRD (PETICIONES, QUEJAS RECLAMOS Y DENUNCIAS) Se firma la presente autorización en la ciudad de _____ a los (_____) días del mes de _____ del año 20____.

FIRMA DEL SOLICITANTE (Tomador o Representante Legal)

No. documento _____ de _____

