

No.

CÓDIGO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	SUCURSAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLAVE ASESOR		NOMBRE ASESOR		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
PÓLIZA COLECTIVA	PÓLIZA INDIVIDUAL FAMILIAR	NOVEDADES DE PÓLIZAS COLECTIVAS		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**DATOS TOMADOR**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN						NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CIUDAD			
<input type="text"/>	CC	CE	RC	PS	CD	NI	RU	NP	PE	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*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.

**NÚMERO DE PÓLIZA**

\*Si el asegurado principal es el mismo que el Tomador, diligenciar solo el espacio de asegurado principal.

**DATOS ASEGURADO PRINCIPAL**

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN								
<input type="text"/>		<input type="text"/>	CC	CE	RC	PS	CD	NI	RU	NP	PE
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Soltero (a)	Separado (a)	Casado (a)	Viudo (a)	Unión Libre					
TELÉFONO	CIUDAD DE RESIDENCIA		DEPARTAMENTO								
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>								
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CORREO ELECTRÓNICO								
<input type="text"/>			<input type="text"/>								

\*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.

GRUPO FAMILIAR SELECCIONADO		PLAN SELECCIONADO			
Grupo Familiar Solteros	Grupo Familiar hasta 5 asegurados	Esencial	Plus	Más	Mantiene continuidad
Grupo Familiar Casados	Grupo Familiar hasta 10 asegurados	Total	Otro		Si No
Grupo Familiar 1 vida cobertura solo para asegurado principal		¿Cuál? <input type="text"/>			Compañía anterior <input type="text"/>
Otro	¿Cuál? <input type="text"/>				

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

Auxilio por fallecimiento del asegurado principal	Si	No
Protección garantizada con destinación específica	Si	No

**FORMA DE PAGO** **PLAZO PARA PAGO DE PRIMA**

<input type="text"/>	Días <input type="text"/>
----------------------	---------------------------

**ASISTENCIA EXEQUIAL PARA MASCOTA**

Tipo de mascota	Nombre	Raza	Color	Edad	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**GRUPO FAMILIAR**

APELLIDOS	NOMBRES	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CIUDAD DE RESIDENCIA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**+ ASEGURADOS ADICIONALES**

APELLIDOS	NOMBRES	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CIUDAD DE RESIDENCIA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO

En caso de contar con más asegurados adicionales, estos pueden ser reportados a póliza por medio de un formato excel.

**BENEFICIARIO DESIGNADO PARA EL PAGO DE COBERTURAS ADICIONALES**

(Aplica solo en caso de fallecimiento del asegurado principal y debe ser mayor de edad)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

**✓ AUTORIZACIÓN LIBRANZA**

Autorizo a \_\_\_\_\_ descontar mensualmente de mi sueldo la suma de \_\_\_\_\_ pesos m/cte ( \_\_\_\_\_ ) para cubrir la prima mensual de la póliza exequial. Declaro que conozco y acepto el contenido de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma

**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, Bogota-Colombia Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al cliente. Correo Electrónico: [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co) Teléfono 601 330 7000 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**

**No. Documento** \_\_\_\_\_ **De** \_\_\_\_\_

