

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

INTERMEDIARIO:

SUCURSAL:

COD. DE SUCURSAL:

CLAVE DE INTERMEDIARIO:

E-MAIL ENVÍO DE FACTURACIÓN:

NÚMERO DE SOLICITUD: **25**

1. DATOS TOMADOR / ASEGURADO *Es necesario que diligencie el formulario electrónico para conocimiento del cliente.

| | | | | |
|----------------------|--------------|---------------------|-------------------------|--|
| NOMBRE COMPLETO | | FECHA DE NACIMIENTO | GÉNERO M F | TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO C.C. CE PE C.D. PS |
| LUGAR DE NACIMIENTO | DEPARTAMENTO | | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | NACIONALIDAD | CELULAR | E-MAIL PERSONAL | |

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PE: Permiso especial, CD: Carné Diplomático, PS: Pasaporte)

2. DATOS DEL CRÉDITO ASEGURADO

| | | | | | |
|-----------------|---|-----------------|---------------|--------------|-------------------|
| TIPO DE CRÉDITO | BANCO O ACREEDOR (Beneficiario oneroso) | VALOR ASEGURADO | VALOR INICIAL | VALOR ACTUAL | NÚMERO DE CRÉDITO |
|-----------------|---|-----------------|---------------|--------------|-------------------|

Para Tipo de Crédito: Libre inversión / Libranza / Vehículo / Hipotecario no vis en pesos / Hipotecario no vis en UVR / Leasing habitacional no vis en pesos / Leasing habitacional no vis en UVR / Microcrédito mayor a 25 SMMLV.

3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

3.1 ¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|---------------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------------------|-------|
| Artritis | Si No | Enfermedades neurológicas | Si No | Esclerosis múltiple | Si No | Enfermedades de la columna vertebral | Si No |
| Enfermedades cardiovasculares | | Enfermedades neurológicas | | Enfermedades pulmonares | | Enfermedades renales | |
| Enfermedades gastrointestinales | | Sistema hemático | | Infección por VIH - SIDA | | Diabetes | |
| Enfermedades hepáticas | | Cáncer | | Lupus | | | |

3.2 ¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

3.3 ¿Fuma? SI NO
Promedio de cigarrillos diarios

3.5 ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier otra droga psicoactiva? SI NO

3.7 ¿Se encuentra en estado de embarazo? SI NO
¿Cuántos meses?

3.4 ¿Utiliza moto como medio de transporte? SI NO

3.6 ¿Utiliza moto como medio de trabajo? SI NO

3.8 Indique su peso (kg) y su talla (cm)

3.9 Desarrolla regularmente una actividad laboral o extracurricular tales como: de pilotaje de avión no comercial, en globo aerostático, de paracaidismo, parapente, vuelo en ala delta, montañismo, bungee jumping, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, deportes ecuestres, esquí, boxeo, artes marciales, espeleología o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer su vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? SI NO

4. SELECCIÓN DE AMPAROS

| | | | |
|------------------------|---|---------------------|-------------------|
| AMPARO BÁSICO - MUERTE | ITP (Incapacidad total y permanente) Obligatorio para crédito hipotecario y leasing habitacional | ENFERMEDADES GRAVES | AUXILIO FUNERARIO |
|------------------------|---|---------------------|-------------------|

VALOR ASEGURADO
Mínimo 500.000 pesos, máximo 10.000.000 de pesos.

5. RELACIÓN DE BENEFICIARIOS

| | | | | |
|--|-----------------|------------|--------------------|-------------|
| TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO C.C. CE PE C.D. PS T.I. R.C. NIT | NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | % DE PARTICIPACIÓN | DESIGNACIÓN |
| TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO C.C. CE PE C.D. PS T.I. R.C. NIT | NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | % DE PARTICIPACIÓN | DESIGNACIÓN |

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PE: Permiso especial, CD: Carné Diplomático, PS: Pasaporte, T.I.: Tarjeta de Identidad, R.C: Registro Civil, NIT: Número de identificación Tributaria.)

Designación = Oneroso, Gratuito o Contingente.

6. DÉBITO AUTOMÁTICO

| | | | | |
|-------------------|------------------|-------|---------------|--------------|
| CUENTA DE AHORROS | CUENTA CORRIENTE | BANCO | No. DE CUENTA | DÍA DE COBRO |
|-------------------|------------------|-------|---------------|--------------|

7. FORMA DE PAGO

| | | | |
|---------|------------|-----------|-------|
| MENSUAL | TRIMESTRAL | SEMESTRAL | ANUAL |
|---------|------------|-----------|-------|

8. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS SENSIBLES

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 <https://www.positiva.gov.co/web/guest/politica-de-tratamiento-de-la-informacion>, 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 (autorizamos) 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 (nuestros) 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 (autorizamos) 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 (nuestros) datos sensibles y declaro (declaramos) que he (hemos) sido enterado (enterados) 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 (nuestros) 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 (autorizamos) expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A el envío a mi (nuestro) 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.

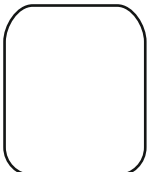
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Autorizo (autorizamos) expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que: (i) responda y respete el interés superior, es decir derechos prevalentes, y (ii) que asegure el respeto de sus derechos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

DECLARO (DECLARAMOS) QUE HE (HEMOS) SIDO INFORMADO (INFORMADOS) SOBRE LOS DERECHOS QUE ME (NOS) ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis (nuestros) 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 018000111170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo. Se firma la presente autorización en: la ciudad de _____ a los (____) días del mes de _____ del año _____.

AUTORIZACIÓN EXPRESA E INEQUÍVOCA, DE TODOS MIS (NUESTROS) DATOS PERSONALES, SENSIBLES, COMERCIALES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Con excepción de (Escriba aquí que Tipo de datos NO autoriza):

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Fotocopia del documento de identificación
Certificado de la deuda
Formulario de vinculación de clientes - SARLAFT
Cotización



FIRMA

HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Ciudad de entrevista
Fecha de entrevista Hora
Nombre del responsable
Firma del responsable
Resultado de entrevista

13. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de verificación Hora
Nombre de quien verifica
Cargo de quien verifica
Firma de quien verifica
Resultado de verificación