

PRODUCTO

IMPORTANTE: La siguiente información corresponde a datos sensibles los cuales no se encuentra obligado a proporcionar, pero que serán importantes al momento de analizar el riesgo que asume el Asegurador y tomar una decisión sobre su aceptación. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas sinceramente y con absoluta veracidad, diligencie los espacios correspondientes, ya que la inexactitud produce la anulación del seguro de vida. Si usted no goza de buena salud, lo remitiremos a los exámenes médicos exigidos por la Aseguradora, para determinar otras condiciones especiales de su seguro de vida. Además de lo anterior, se entiende que el presente documento es una solicitud de seguro, y en virtud del mismo, quien lo suscribe manifiesta expresamente su deseo de adherirse como asegurado al contrato de seguro de Vida Grupo celebrado entre Colmena Seguros S.A. y el Tomador.

PÓLIZA MATRIZ No.	TOMADOR	NIT	CIUDAD	FECHA DILIGENCIAMIENTO

DATOS DEL ASEGURADO	TIPO DE ASEGURADO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		NOMBRE COMPLETO:		GENERO FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA			
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN DD MM AAAA		PESO KG		
	ESTADO CIVIL		OCCUPACIÓN		DIRECCIÓN RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		
	CIUDAD		TEL.RESIDENCIA:		CELULAR:		E-mail:		VALOR ASEGURADO	

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD			
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA		SI	NO
¿Le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado exámenes o pruebas de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones de salud?			
¿ES PENSIONADO POR INVALIDEZ?			
1. ¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH positivo o le han diagnosticado con SIDA?			
2. ¿Ha sufrido de algún accidente o evento violento, o tiene algún tipo de incapacidad o limitación física o mental?			
3. ¿Está tomando medicamentos o está bajo algún tipo de estudio o tratamiento por síntomas, manifestaciones, o molestias o cirugías pendientes?			
4. ¿Consume bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso consume sustancias psicoactivas?			
5. Padece o ha padecido enfermedades de tipo congénito, neurológico, cardiovascular, o enfermedad como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedades de las arterias coronarias, cáncer, leucemia, linfomas, diabetes, asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad.			
6. ¿Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?			
7. Sirvase proporcionar la siguiente información de las respuestas afirmativas			
a) Nombre de la enfermedad o padecimiento:		b) Fecha de diagnóstico: DD / MM / AAAA	
c) Tratamientos médicos o cirugías realizadas:		d) Secuelas o condiciones:	
e) Estado actual de la enfermedad o padecimiento:		f) Tratamiento actual de la enfermedad o padecimiento:	
g) Observaciones o comentarios adicionales:			
8. (SOLO PARA MUJERES)			
¿Se encuentra en estado de embarazo?		De ser así por favor informe:	
Cuántos meses: _____		Complicaciones: _____ Cuántos embarazos anteriores: _____	

Autorizaciones Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complemente, amplie, modifique o reemplace, autorizo expresamente a Colmena Seguros S.A. o a cualquier que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria, la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva o carta dental. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica, aún después de mi fallecimiento.

Declaro que Colmena Seguros S.A. se reserva los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento o invalidez, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud al momento de aceptar el seguro, de conformidad con el artículo 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio.

Declaro que he sido informado acerca de la vigencia del presente contrato, su renovación automática, la suma asegurada, la prima, los riesgos que asume Colmena Seguros S.A. y las exclusiones del contrato de seguro.

Si el amparo afectado es el de **Incapacidad Total Temporal, Incapacidad Parcial Permanente, Maternidad y/o Paternidad**, y el siniestro es procedente, autorizo al asegurador a que el valor de la indemnización de este amparo sea pagada al tomador de la póliza, siempre que así lo indiquen las condiciones generales o particulares.

FIRMA ASEGURADO C.C.

CERTIFICADO CON CONTINUIDAD DE COBERTURA OTRA COMPAÑÍA? SI _____ NO _____ CUÁL? _____	VIGENCIA CERTIFICADO INDIVIDUAL DESDE: DD/MM/AAAA
---	--

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	% SEGURO

SI LA PERSONA RELACIONADA NO TIENE NINGÚN PARENTESCO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD COLOCAR "NINGUNO"

Si su producto es Póliza de Vida Grupo
19/06/2018-1425-A-34-34SFC-V5_06/2018-D001
Código del clausulado es 28/02/2017-1425-P-34-34SFC-V5_06/2018-D001
Referencia a Nota Técnica 19/06/2018-1425-NT-P-34-34SFC-V5_06/2018

Si su producto es Brecha por Compensación Flexible
01/06/2018-1425-A-34-3403-V2_02/2017-D001
Código del clausulado es 28/02/2017-1425-P-34-3403-V2_02/2017-D001
Referencia a Nota Técnica 18/02/2014-1425-NT-P-34-3403-V1_02/2014

AUTORIZACIÓN CLIENTES

La protección y el buen manejo de la información personal de sus clientes son muy importantes para la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A., por cuanto la misma le permite atender de mejor manera las necesidades que ellos tienen, así como cumplir con las obligaciones a su cargo. Es por ello que la Compañía ha diseñado políticas y procedimientos que en conjunto con la presente autorización permiten hacer uso de sus datos personales conforme a la ley. Así, lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto median- te el cual autoriza el tratamiento de su información personal.

1. En relación con mis Datos Personales:

¿Para qué se utilizará mi información?

Por vía de este documento, en mi calidad de titular de la información o representante legal del mismo, auto- rizo a la Compañía a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de la Compañía de los que soy titular; 3) La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que la Compañía establezca para tal fin; 4) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, la Compañía podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización.

Los datos personales a que se refiere la presente autorización, corresponde a los de las personas naturales que detentan la representación legal de la persona jurídica.

¿Quiénes están autorizados para utilizar mi información?

La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de la Compañía, a quien éste contrate para el ejercicio de los mismos o a quien éste ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte de la Organización liderada por la Fundación Social y a los terceros con quien la Compañía o esas Entidades establezcan alianzas comerciales a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés.

¿Por cuánto tiempo estará vigente esta autorización?

Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Compañía o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.

2. En relación con la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países:

Así mismo, en mi calidad de titular de la información o representante legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a la Compañía para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier Operador de Información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico. Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia de aceptación se firma a los _____ () , días del mes _____ () del año 20_____.

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____