



NIT. 860.009.174-4

| | | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|--------|-------------------------|----------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DÍA | MES | AÑO | CIUDAD | CLAVE DEL INTERMEDIARIO | SUCURSAL |
|---------------------------|-----|-----|-----|--------|-------------------------|----------|

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD SI ASÍ LO ESTIMA CONVENIENTE, DE ACUERDO CON SUS NORMAS Y POLÍTICAS DE SELECCIÓN DE RIESGOS. ESTA SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO, LE SOLICITAMOS CONTESTARLA EN SU TOTALIDAD SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, SIN TACHONES, SIN BORRONES NI ENMENDADURAS.

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-------------------------------------|-----------|----------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|-----------|-------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | DOCUMENTO | CC CE TI | FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO | DD | MM | AA | LUGAR |
| EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | DÍA | MES | AÑO | SEXO: M F | PESO - en Kg: | ESTATURA - en Cm. | PROFESIÓN | |
| OCUPACIÓN/ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA | INGRESO MENSUAL \$ | DIRECCIÓN RESIDENCIA | CIUDAD | | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | CELULAR | NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: | | | | | | | |

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIÓN DE SEGURO

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES SOBRE SEGUROS DE PERSONAS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS? SI NO

| AÑO | RAMO | COMPAÑÍA | VALOR | INDEMNIZACIÓN |
|-----|------|----------|-------|---|
| | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

TIPO DE SEGURO DE VIDA A ADQUIRIR:

EL PRESENTE FORMATO APLICA ÚNICAMENTE AL PRODUCTO VIDA FÁCIL DEUDORES, PARA SUMAS ASEGURADAS ACUMULADAS DE HASTA 350 MILLONES DE PESOS Y PARA PERSONAS DE HASTA 50 AÑOS DE EDAD.

COBERTURAS SOLICITADAS

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (BÁSICO)
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
ENFERMEDADES GRAVES

VALORES ASEGURADOS

\$ _____
\$ _____
\$ _____

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

| | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | No. DOCUMENTO IDENTIDAD | FECHA EXPEDICIÓN | ¿ ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP*? SI, ANEXO 1 | PARENTESCO | % | CIUDAD DE RESIDENCIA HABITUAL |
|---|-----------------|------------------|---------|----------------------------------|-------------------------|------------------|---|------------|---|-------------------------------|
| 1 | | | | | | D M A | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 2 | | | | | | D M A | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 3 | | | | | | D M A | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |

Nota: En caso de no designación o que ésta sea ineficaz, tendrán la calidad de beneficiarios los establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.

***Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público.

Se entiende por persona políticamente expuesta: individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.

***Vínculo/relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

ES IMPORTANTE LEER ESTA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO PARA EFECTOS DE LA CONTRATACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, HAGO CONSTAR QUÉ:

1) MI ESTADO ACTUAL DE SALUD ES NORMAL, NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES CONGÉNITAS, CARDIOVASCULARES, NEUROLÓGICAS, NI ENFERMEDADES COMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CÁNCER, NO ME HAN DIAGNOSTICADO LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS V.I.H, PRODUCTO DEL SIDA, DIABETES, EPILEPSIA, ASMA, TROMBOSIS, ANEMIA, LEUCEMIA, DERRAME CEREBRAL, EFISEMA PULMONAR, ARTRITIS REUMATOIDEA, INSUFICIENCIA RENAL TUMORES, TRANSTORNOS INMUNOLÓGICOS, NI DEFECTOS O LIMITACIONES FÍSICAS O MENTALES QUE INCIDAN EN MI ESTADO DE SALUD. NO TENGO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PENDIENTES, NO CONSUMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EXCESO, NO CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NI HE RECIBIDO TRATAMIENTO PROFESIONAL POR EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS.

EN CASO DE HABER PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES, INTERVENCIONES O CONDICIONES ANTERIORES, FAVOR ESPECIFICAR

2) NO HE SIDO APLAZADO O DECLINADO POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. O POR OTRAS COMPAÑÍAS AL PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA, SALUD O ACCIDENTES PERSONALES.

3) LAS ACTIVIDADES A LAS QUE ME DEDICO SON LICITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.

4) ESTOY DESARROLLANDO EN FORMA NORMAL MI ACTIVIDAD Y NO HE RECIBIDO AMENAZAS CONTRA MI VIDA E INTEGRIDAD.

5) NO PRACTICO DEPORTES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD, COMO LOS CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO.

6) LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS, VERÍDICAS Y POR LO TANTO CUALQUIER RETICENCIA ERROR U OMISIÓN EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA TENDRÁ LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS, 1058, 1158 Y 1161 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN CASO QUE REQUIERA REALIZAR ALGUNA ACLARACIÓN DE LAS AFIRMACIONES 2 A LA 6, FAVOR INDICAR:

AUTORIZO A SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., PARA CONSULTAR BASES DE DATOS DE SEGUROS DE PERSONAS Y DEMÁS BASES DE DATOS QUE CONTENGAN INFORMACIÓN SOBRE MIS ANTECEDENTES COMERCIALES Y FINANCIEROS, IGUALMENTE A REPORTARME A ESTAS BASES DE DATOS EN CASO NECESARIO.

EN CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES DE LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEMÁS NORMATIVIDAD SOBRE LA MATERIA, AUTORIZO EXPRESAMENTE A SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. PARA SOLICITAR, CONOCER Y VERIFICAR LA HISTORIA CLÍNICA Y/O LA CARTA DENTAL, O LO CONTENIDO EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO. LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., HASTA TANTO LA COMPAÑÍA MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN.

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consiento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vínculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: **(i)** El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; **(ii)** El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; **(iii)** Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; **(viii)** Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; **(ix)** Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crédito u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; **(x)** Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; **(xi)** Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; **(xii)** Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de **SEGUROS DEL ESTADO**; **(xiii)** Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; **(xiv)** En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y **(xv)** Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO**.

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por **SEGUROS DEL ESTADO** para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estará habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@segurosdelestado.com o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com en el link <https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos>.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: Sí No

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en <https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos>.

DEBER DE INFORMACIÓN

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 puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

NOTA

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS, VERACES EN LA FORMA EN QUE APARECEN CONSIGNADAS, ACEPTO Y ENTIENDO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO.

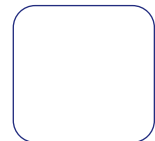
IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

DECLARO CONOCER QUE SALVO ESTIPULACIÓN CONTRACTUAL EN CONTRARIO EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO, INFORMADO Y ACEPTADO LO INDICADO EN ESTA SOLICITUD, HABER RECIBIDO EXPLICACIÓN DE LOS AMPAROS, EXCLUSIONES Y CONDICIONES DEL PRODUCTO Y, EN SEÑAL DE ELLO FIRMO ESTE DOCUMENTO



HUELLA
LEGIBLE
ÍNDICE
DERECHO

FIRMA DEL CLIENTE No. C.C.: