

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL - V1**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DD MM AAAA

NÚMERO DE SOLICITUD PÓLIZA:

SUCURSAL:

CÓDIGO DE SUCURSAL:

INTERMEDIARIO:

CLAVE DE INTERMEDIARIO:

NOMBRE DEL PRODUCTO:

**VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

Tomador - Asegurado

Familiar      Comercial      Laboral      Otra

Tomador - Beneficiario

Familiar      Comercial      Laboral      Otra

Asegurado - Beneficiario

Familiar      Comercial      Laboral      Otra

**1. DATOS DEL TOMADOR PERSONA NATURAL** (Si el Tomador es persona jurídica es necesario que diligencie otro formulario llamado "Formulario de solicitud de vinculación - persona jurídica")

NOMBRE COMPLETO

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

GÉNERO

FECHA DE NACIMIENTO

C.C. C.E. P.E. C.D. P.A.

M

F

DD MM AAAA

LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

LUKER DE RESIDENCIA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO

E-MAIL

CELULAR

TELÉFONO FIJO

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

**2. DETALLE DE ACTIVIDAD DEL TOMADOR**

ASALARIADO

INDEPENDIENTE

ESTUDIANTE

RENTISTA

SOCIO

PENSIONADO

CIU

PROFESIÓN

EMPRESA DONDE TRABAJA

CARGO

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

CIUDAD

TELÉFONO

E-MAIL DE LA EMPRESA

2.1 ¿Maneja recursos públicos?

SI      NO

2.2 ¿Goza de reconocimiento público general?

SI      NO

2.3 ¿Ejerce algún grado de poder público?

SI      NO

Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo.

DD MM AAAA

2.4 ¿En los últimos años ha sido considerado una persona políticamente expuesta?

SI      NO

Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro.

DD MM AAAA

2.5 ¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta?

SI      NO

Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información:

Padre      Nieto      Suegro      Madre      Yerno  
Esposo      Hermano      Cuñado      Abuelo

| NOMBRE | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN |
|--------|---------------------------------|
|        |                                 |
|        |                                 |

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

TOTAL ACTIVOS

INGRESOS MENSUALES

OTROS INGRESOS

CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

TOTAL PASIVOS

EGRESOS MENSUALES

OTROS EGRESOS

CONCEPTO DE OTROS EGRESOS

**4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

4.1 ¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SI      NO

4.2 Tipo de transacción

Importación      Exportación      Inversiones      ¿Cuál?  
Transferencia      Préstamos      Otros

**5. DATOS BÁSICOS DEL ASEGURADO SI ES DIFERENTE AL TOMADOR**

NOMBRE COMPLETO

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

GÉNERO

FECHA DE NACIMIENTO

DD MM AAAA

C.C. C.E. P.E. C.D. P.A.

M

F

LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

LUKER DE RESIDENCIA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

DEPARTAMENTO

E-MAIL

CELULAR

TELÉFONO FIJO

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

**6. DETALLE DE ACTIVIDAD DEL ASEGURADO SI ES DIFERENTE DEL TOMADOR**

ASALARIADO

INDEPENDIENTE

ESTUDIANTE

RENTISTA

SOCIO

PENSIONADO

CIU

PROFESIÓN

EMPRESA DONDE TRABAJA

CARGO

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

CIUDAD

TELÉFONO

E-MAIL DE LA EMPRESA

6.1 ¿Maneja recursos públicos?

SI      NO

6.2 ¿Goza de reconocimiento público general?

SI      NO

6.3 ¿Ejerce algún grado de poder público?

SI      NO

Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo.

DD MM AAAA

6.4 ¿En los últimos años ha sido considerado una persona políticamente expuesta?

SI      NO

Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro.

DD MM AAAA

6.5 ¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta?

SI      NO

Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información:

Padre      Nieto      Suegro      Madre      Yerno

Esposo      Hermano      Cuñado      Abuelo

| NOMBRE | TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN |
|--------|---------------------------------|
|        |                                 |
|        |                                 |

## 7. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASEGURADO SI ES DIFERENTE DEL TOMADOR

|                      |                           |                       |                                   |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>TOTAL ACTIVOS</b> | <b>INGRESOS MENSUALES</b> | <b>OTROS INGRESOS</b> | <b>CONCEPTO DE OTROS INGRESOS</b> |
| <b>TOTAL PASIVOS</b> | <b>EGRESOS MENSUALES</b>  | <b>OTROS EGRESOS</b>  | <b>CONCEPTO DE OTROS EGRESOS</b>  |

## 8. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES SI ES DIFERENTE DEL TOMADOR

8.1 ¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SI     NO

8.2 Tipo de transacción

Importación  Exportación  Inversiones  ¿Cuál?  
Transferencia  Préstamos  Otros

| TIPO DE PRODUCTO | ID No. DE PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|------------------|--------------------|---------|-------|--------|------|--------|
|                  |                    |         |       |        |      |        |

## 9. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS DEL ASEGURADO

Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas de seguros, respecto de cualquier asegurador en los dos (2) últimos años:

| AÑO | RAMO | COMPANY | VALOR | RECLAMACIÓN | INDEMNIZACIÓN |
|-----|------|---------|-------|-------------|---------------|
|     |      |         |       |             |               |
|     |      |         |       |             |               |
|     |      |         |       |             |               |
|     |      |         |       |             |               |

## 10. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL ASEGURADO

Favor contestar sinceramente las siguientes preguntas. Recuerde que la falsedad y omisión de información generan la nulidad relativa del contrato y en caso de un siniestro se pierde el derecho de indemnización. Si contesta afirmativamente alguna de las siguientes preguntas favor ampliar: Diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, estado actual de salud, nombre del médico tratante (de ser necesario favor adjuntar hoja adicional o resumen de la Historia clínica).

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

|                                 |   |                           |   |                          |   |                                      |   |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Artritis                        | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Enfermedades neurológicas | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Esclerosis múltiple      | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Enfermedades de la columna vertebral | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| Enfermedades cardiovasculares   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Enfermedades mentales     | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Enfermedades pulmonares  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Enfermedades renales                 | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| Enfermedades gastrointestinales | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Sistema hemático          | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Infección por VIH - SIDA | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Diabetes                             | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| Enfermedades hepáticas          | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Cáncer                    | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | Lupus                    | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |                                      |   |

¿Alguna otra enfermedad o padecimiento no relacionado anteriormente?  SI     NO    Favor ampliar: \_\_\_\_\_

Por favor contestar las siguientes preguntas asociadas al COVID-19

En los últimos tres meses:

¿Tiene un resultado positivo para el test de Covid-19?

SI     NO

¿Un médico le ha aconsejado aislamiento como resultado de algún síntoma?

SI     NO

Si su respuesta fue afirmativa, ¿Cuándo fue?

DD     MM     AAAA

En el último mes:

¿Se le ha aconsejado aislamiento por Covid-19 (Excluyendo la recomendación del gobierno de quedarse en casa)?

SI     NO

¿Tuvo tos persistente, fiebre, temperatura elevada o contacto con alguna persona sospechosa o confirmada de Covid-19?

SI     NO

Si tuvo alguna respuesta afirmativa a las anteriores:

¿Se le ha recuperado totalmente y ha vuelto a sus actividades diarias?

SI     NO

Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo fue esto?

DD     MM     AAAA

## 11. ANTECEDENTES FAMILIARES DEL ASEGURADO

Relacione las enfermedades que padecen los familiares en primer y segundo grado de consanguinidad, si ya murieron indique la causa de la muerte:

Parentesco: \_\_\_\_\_ Causa o enfermedad: \_\_\_\_\_

## 12. ANTECEDENTES PERSONALES DEL ASEGURADO

12.1 ¿Fuma?

SI     NO

Promedio de cigarrillos diarios \_\_\_\_\_

12.2 ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por consumo de alcohol u otra droga psicoactiva?

SI     NO

12.3 ¿Le han practicado abortos o cesáreas?

SI     NO

12.4 ¿Ha tenido alguna enfermedad de senos, ovarios útero o transtornos de la menstruación?

SI     NO

12.5 ¿Se encuentra en estado de embarazo?

SI     NO

Cuantos meses \_\_\_\_\_

12.6 Indique su peso (kg) \_\_\_\_\_

12.7 Indique su talla (cm) \_\_\_\_\_

12.8 ¿Practica deportes o aficiones de alto riesgo como: paracaidismo, parapente, bungee jumping, buceo, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, esquí, boxeo, artes marciales u otro?

SI     NO

12.9 A que entidad de salud pertenece

12.10 ¿Utiliza moto?

SI     NO

Si su respuesta es afirmativa indique marca y cilindraje \_\_\_\_\_

12.11 ¿Viaja en aviones particulares como piloto o pasajero?

SI     NO

Si su respuesta es afirmativa indique tipo de aeronave y horas de vuelo \_\_\_\_\_

## 13. VALOR ASEGURADO POR AMPARO

| MUERTE | INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE | INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE | ENFERMEDADES GRAVES | AUXILIO FUNERARIO | RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN |
|--------|--------------------------------|--|---------------------|-------------------|----------------------------------|
|        |                                |  |                     |                   |                                  |
|        |                                |  |                     |                   |                                  |

La cobertura de muerte incluye el beneficio de exoneración de pago de primas para algunos productos.

## 14. RELACIÓN DE BENEFICIARIOS

| TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO | NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | % DE PARTICIPACIÓN | TÍTULO DE DESIGNACIÓN |
|----------------------------|-----------------|------------|--------------------|-----------------------|
| (CC) CÉ PE CD PA TI RC     |                 |            |                    |                       |
| (CC) CÉ PE CD PA TI RC     |                 |            |                    |                       |
| (CC) CÉ PE CD PA TI RC     |                 |            |                    |                       |

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

Usted tiene la opción de nombrar uno o más beneficiarios contingentes. La póliza incluye cláusula de Acrecimiento

## 15. FORMA DE PAGO

MENSUAL

TRIMESTRAL

SEMANAL

ANUAL

## 16. DÉBITO AUTOMÁTICO

CUENTA DE AHORROS

CUENTA CORRIENTE

BANCO

No. DE CUENTA

DÍA DE COBRO

## 17. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN, TOMADOR Y/O ASEGURADO

Declaro(declaramos) expresamente que :

- 1.Los recursos que poseo (poseemos) provienen de las siguientes fuentes:(detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc) TOMADOR: \_\_\_\_\_ ASEGURADO: \_\_\_\_\_.
2. Tanto mi (nuestra) actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo (ejercemos) dentro del marco de la ley y los recursos que poseo (poseemos) no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano o los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
3. La información que he (hemos) suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me (nos) obligo (obligamos) a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo (autorizamos) a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga (mantengamos) una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos , incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación el terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Autorizo(autorizamos) de manera libre, expresa e informada a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva"), sus autorizadas, filiales y subordinadas, en calidad de fuentes de la información conforme a la Ley 1266 de 2008, para que recolecte, almacene, use, procese, transmita o transfiera (el "Tratamiento") la información personal, crediticia y financiera contenida en centrales de información pública o privada con la función de determinar el riesgo financiero vinculada o que pueda asociarse a mí (nuestros) ("los Datos Financieros") a terceros como centrales de riesgo (Datacrédito y CIFIN) con la finalidad de determinar el riesgo financiero, mi(nuestro) puntaje de crédito, consultar mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero y comercial.
7. He(hemos) sido informado(sinformados) que los terceros que se encuentren afiliados a Datacrédito y/o CIFIN podrán acceder y conocer esta información de acuerdo con la normativa aplicable en Colombia. También reconozco(reconocemos) que la información puede ser utilizada para efectos estadísticos. En caso que el autorizado por el presente documento realice una cesión a cualquier título u operación similar, los efectos de esta autorización se extenderá a éste en los mismos términos y condiciones. He(hemos) sido informado(sinformados) que frente a Positiva, en calidad de fuente de la información tengo(tenemos) los siguientes derechos:

  - a.Ejercer los derechos fundamentales al hábeas data y de petición, cuyo cumplimiento se podrá realizar a través de los operadores, conforme lo previsto en los procedimientos de consultas y reclamos de esta ley, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales o legales.
  - b.Solicitar los derechos fundamentales al hábeas data y de petición, cuyo cumplimiento se podrá realizar a través de los operadores, conforme lo previsto en los procedimientos de consultas y reclamos de esta ley, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales o legales.
  - c.Solicitar prueba de la autorización, cuando dicha autorización sea requerida conforme lo previsto en la presente ley

## 18. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES TOMADOR Y/O ASEGURADO

Para POSITIVA COMPAÑIA 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-information, 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 COMPAÑIA 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-actuarios, 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 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 (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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. el envío a mí (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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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): \_\_\_\_\_

## 19. FIRMA Y HUELLA DEL TOMADOR



## 21. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Ciudad de entrevista

DD MM AAAA Hora HH : MM

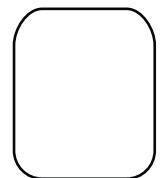
Fecha de entrevista

Nombre del responsable

Firma del responsable

Resultado de entrevista

## 20. FIRMA Y HUELLA DEL ASEGURADO



## 22. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de verificación

DD MM AAAA Hora HH : MM

Nombre de quien verifica

Cargo de quien verifica

Firma de quien verifica

Resultado de verificación