



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

CÓDIGO SALESFORCE 25

SUCURSAL

Intermediario

Clave Intermediario

PÓLIZA No.

Código Asegurado

Código Tomador

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

CLASE DE CLIENTE Tomador Asegurado
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:

Table with columns for relationship types (Familiar, Comercial, Laboral, Otros) and Cuál, and a section for Fecha diligenciamiento (DÍA, MES, AÑO).

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL TOMADOR

Form for PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal) including fields for name, ID, birth date, address, and contact info.

PERSONA JURÍDICA

Form for PERSONA JURÍDICA including fields for Razon Social, NIT, and company details.

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

Table with columns: RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO, TIPO DE IDENTIFICACIÓN, NÚMERO. Includes rows for C.C., C.E., T.I., NIT.

3. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TOMADOR

Form for financial information including Total Activos, Ingresos Mensuales, Egresos Mensuales, Total Pasivos, and Otros Ingresos/Egresos.

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Form for international operations including transaction type and a table for TIPO DE PRODUCTO, ENTIDAD, MONTO, CIUDAD, PAÍS, MONEDA.

1

ESPACIO PARA TIMBRE POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

1. Favor diligenciar totalmente la solicitud, no deje espacios en blanco. 2. Diligencie la solicitud en tinta negra en todas las hojas. 3. La presente solicitud debe ser diligenciada únicamente por el asegurado.

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN

Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal...

6. INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Ha tenido seguros de vida en otras compañías? ¿Ha hecho reclamaciones por seguros de vida? ¿Tiene seguros de vida vigentes? ¿Con qué valor asegurado? \$:

Table with columns: Año, Ramo, Compañía, Valor, Reclamación, Indemnización. Includes rows for claims and indemnifications.

7. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO SI ES DIFERENTE AL TOMADOR

Form for information of the insured if different from the policyholder, including name, ID, birth date, address, and contact info.

8. SELECCIÓN DEL PLAN, VALOR ASEGURADO Y PRIMA

Form for selecting the plan, value of insurance, and premium, including Plan, Fecha Cotización, and Observaciones.

9. AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Form for AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO including information of the policy, account, and credit card details.

10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Table for designating beneficiaries with columns: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRES, EDAD, PARENTESCO, TIPO DE BENEFICARIO, IDENTIFICACIÓN No., PERCENTAJE.

Por favor marque el Tipo de Documento: RC: Registro Civil, NUIP: Número Único de Identificación Personal, T.I.: Tarjeta de Identidad, C.C.: Cédula de Ciudadanía, C.E.: Cédula de Extranjería, NIT: Número de Identificación Tributaria.

2

ESPACIO PARA TIMBRE POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

1. Favor diligenciar totalmente la solicitud, no deje espacios en blanco. 2. Diligencie la solicitud en tinta negra en todas las hojas. 3. La presente solicitud debe ser diligenciada únicamente por el asegurado.

11. HÁBITOS

Form for habits including consumption of alcoholic beverages, smoking, use of vehicles, and sports.

12. ANTECEDENTES PERSONALES

Form for personal antecedents including congenital lesions, hospitalizations, and various medical conditions (a-k).

Form for medical history including cholesterol, diabetes, and other conditions, with fields for date and results.

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGÚN ÍTEM ANTERIOR FAVOR ESPECIFIQUE:

Table with columns: NUMERAL, ENFERMEDAD O LESIÓN, FECHA, SECUELAS, INSTITUCIÓN TRATANTE.

13. A QUÉ ENTIDAD DE SALUD PERTENECE

Form for indicating the health entity, including EPS, ARS, and IPS (Centro de atención médica).

14. ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS - SÓLO PARA MUJERES

Form for gynecological and obstetric antecedents including a table for No. DE PARTOS, FECHA DEL ÚLTIMO PARTO, No. DE HIJOS, No. DE ABORTOS, No. CESÁREAS, CAUSA.

3

ESPACIO PARA TIMBRE POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

1. Favor diligenciar totalmente la solicitud, no deje espacios en blanco. 2. Diligencie la solicitud en tinta negra en todas las hojas. 3. La presente solicitud debe ser diligenciada únicamente por el asegurado.

15. ANTECEDENTES FAMILIARES

Table for family antecedents with columns for VIVOS and FALLECIDOS, including EDAD, ESTADO DE SALUD, EDAD, CAUSA MUERTE.

16. OBSERVACIONES

Form for observations.

17. CARÁCTER SOLICITUD

El presente documento es simplemente una solicitud para evaluación y selección, y no constituye aceptación del riesgo por parte de la Compañía. Hasta que no sea expedida la Póliza. Los dineros consignados a favor de la Compañía constituirán un simple depósito.

18. FIRMA Y HUELLA

Form for signature and stamp, including fields for FIRMA TOMADOR O REPRESENTANTE LEGAL, HUELLA, FIRMA ASEGURADO, HUELLA.

19. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Form for interview information including Lugar de la Entrevista, Fecha de la Entrevista, Nombre Intermediario, C.C., C.E. o NIT, Clave y/o Código, Nombre Asesor Responsable, Firma Intermediario y/o Asesor Responsable, Resultado de la Entrevista.

20. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Form for verification of information including Fecha de la Verificación, Nombre y Cargo de quien Verifica, Firma, Resultado de la Verificación.

FIRMAS SEGÚN NIVELES DE AUTORIZACIÓN

Form for signatures according to authorization levels, including Aprobó, Rechazó, and FIRMAS.

21. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (PARA PERSONAS JURÍDICAS SE DEBE ADJUNTAR LA DEL REPRESENTANTE LEGAL). Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de Seguro con las siguientes características: PERSONAS NATURALES: 1. Constancia de ingresos y/o certificado de ingresos y retenciones. 2. Declaración de renta del último año gravable disponible (Si declara). 3. Estados Financieros Auditados. PERSONAS JURÍDICAS: En caso de que el valor asegurado supere los 1.057 S.M.L.V. 1. Original del Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio con vigencia no superior a tres (3) meses. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Declaración de renta del último año gravable disponible si (declara) ó Estados financieros certificados (Balance y Estado de Resultados).

4

ESPACIO PARA TIMBRE POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

1. Favor diligenciar totalmente la solicitud, no deje espacios en blanco. 2. Diligencie la solicitud en tinta negra en todas las hojas. 3. La presente solicitud debe ser diligenciada únicamente por el asegurado.