

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma .

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL MEDELLÍN
EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO APLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO, SI TRANSCURRIDO EL TERMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., NO EXPIDE LA POLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA					
DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (Número de Identificación Tributaria) NIT No. 890.907.489-0		NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL COOPERATIVA FINANCIERA JOHN F. KENNEDY	
DATOS DEL SOLICITANTE					
APELLIDOS			NOMBRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula, C.E. Cedula Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil) C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ No. _____			FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA _____ MES _____ AÑO _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN
FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____		SEXO M ☐ F ☐	ESTADO CIVIL SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐		DIRECCIÓN DE DOMICILIO
CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO	NÚMERO DE CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO			INGRESOS MENSUALES		
PROFESIÓN			OCUPACIÓN DETALLADA		
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
Consume actualmente algún medicamento SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL? _____					
A que EPS e IPS está afiliado. EPS _____ IPS _____ ESTATURA _____ PESO _____					
Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia. _____					
¿HA PADECIDO O SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, DILIGENCIE LOS CUADROS COMPLEMENTARIOS)					
TIPO DE ENFERMEDAD	SI	NO	FECHA DE APARICIÓN OCURRENCIA O PRÁCTICA	CUAL ENFERMEDAD / TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL
CARDIACA O VASCULAR					
HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
PULMONARES, ASMA, TUBERCULOSIS					
DIGESTIVAS (ÚLCERAS, PÓLIPOS, QUISTES, HERNIAS, COLON)					
RENALES Y/O GENITOURINARIAS (PRÓSTATA, TESTÍCULOS, ÚTERO, OVARIOS, TROMPAS DE FALOPIO).					
ENFERMEDADES HEPÁTICAS (HIGADO, PÁNCREAS)					
ENFERMEDADES VENÉREAS					
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, REUMATISMO, ARTRITIS					
MENTALES (TRASTORNO BIPOLAR, ALZHEIMER, DEPRESIÓN)					
NERVIOSAS (EPILEPSIA, TRASTORNOS EMOCIONALES)					
DIABETES MELLITUS					
CÁNCER U OTROS TUMORES					
CEREBRO VASCULAR					
SIDA / VIH					
¿LE HA OCURRIDO ACCIDENTES O LESIONES GRAVES?					
DEFORMIDADES O MALFORMACIONES					
OTRAS ENFERMEDADES NO DESCRITAS ANTERIORMENTE					
¿HA TENIDO, O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ENFERMEDADES, ACCIDENTES O LESIONES QUE HAYAN TENIDO QUE SER TRATADAS MÉDICAMENTE O QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABE SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?					
¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON TRASTORNOS MENTALES O ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?					
¿HA SIDO HOSPITALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?					
¿SE HA SOMETIDO A CIRUGÍAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?					
¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA CIRUGÍA?					
(MUJERES) ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO?			¿MES ESPERADO DE PARTO?		
(MUJERES) ¿COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS U OBSTÉTRICAS?			¿CUÁL?		
(MUJERES) ¿HA TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES?			¿HA TENIDO COMPLICACIONES EN ESOS EMBARAZOS SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL?		

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si ___ No ___.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

CLÁUSULA DE ASESORÍA AL CLIENTE: Declaro que recibí asesoría especializada, amplia y detallada por parte del asesor comercial de las condiciones técnicas y económicas del seguro, conociendo de este modo el alcance del producto en cuanto a cobertura y exclusiones y las acepto de manera libre y voluntaria. Así mismo certifico que entendí ampliamente el alcance del amparo de incapacidad total y permanente y me acojo a la calificación bajo el régimen de seguridad social en Colombia en salud, bajo los preceptos del manual único de calificación de invalidez decreto 1507 de 2014 o sus modificaciones reglamentarias.

Hago constar que he recibido en medio físico y/o virtual el clausulado y el formulario solicitud certificado de la póliza y lo acepto de conformidad. Queda claramente definido que para disfrutar de los amparos de la póliza adquirida debo estar al día en el pago de las primas.

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 Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. N° _____ DE _____

HUELLA
ÍNDICE
DERECHO

