

SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO



No. PÓLIZA MATRIZ A QUE ACCEDE \_\_\_\_\_ NUEVA VINCULACIÓN \_\_\_\_\_ ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO\* | CIUDAD\* | SUCURSAL

NOMBRE DEL TOMADOR\* | NIT\*

NOMBRE SOLICITANTE\* | SEXO\* (M F) | DOCUMENTO DE IDENTIDAD\* (C.C. C.E. T.I. No.) | FECHA NACIMIENTO

ESTADO CIVIL\* (SOLTERO CASADO UNIÓN MARITAL DE HECHO) | OCUPACIÓN\* | TELÉFONO:

DIRECCIÓN | CIUDAD DE RESIDENCIA | CORREO ELECTRÓNICO | VALOR ASEGURADO SOLICITADO\*

PESO (Kg)\* | ESTATURA (Mts)\* | DIESTRO (AMBIDIESTRO) | ZURDO | DEPORTES QUE PRACTICA

CLASE DE SOLICITANTE\* (PRINCIPAL RELACIONADO) | NOTA : Tener presente que solicitante principal es aquel que tiene relación directa con el tomador (Ej. Empleado, deudor, afiliado), mientras que el solicitante relacionado es un familiar del solicitante principal (Ej. Cónyuge, hijos, padres)

Los Items identificados con (\*) deben diligenciarse obligatoriamente

EN CASO DE SER SOLICITANTE RELACIONADO FAVOR INDICAR NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL\* | DOCUMENTO DE IDENTIDAD\* (C.C. C.E. T.I. No.)

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

| Nombre Del Beneficiario | No. Documento | Tipo de Documento* | Parentesco | Porcentaje de participación (Debe sumar 100%) | Dirección y ciudad de residencia (opcional) |
|-------------------------|---------------|--------------------|------------|---|---|
|                         |               |                    |            |   |   |
|                         |               |                    |            |   |   |
|                         |               |                    |            |   |   |
|                         |               |                    |            |   |   |
|                         |               |                    |            |   |   |
|                         |               |                    |            |   |   |

\*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad. 5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento. ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

**Tratamiento de la información**  
 Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

**LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez**

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**  
 Importante: no firme sin antes leer y entender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas. Por lo tanto la falsedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

El firmante declaro que (marque con una x):  
 A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o:  
 Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionadas con lo siguiente:  
 Enfermedad Cardiovascular Diabetes Renales Pulmonares Gastrointestinales Drogadicción  
 Enfermedad Cerebrovascular Cáncer Artritis VIH/SIDA Mentales / Psiquiátricas Hipertensión Arterial  
 Tabaquismo (No. de cigarrillos diarios) \_\_\_\_\_ Alcoholismo (No. de tragos Semanales) \_\_\_\_\_  
 Otra Enfermedad Preexistente \_\_\_\_\_ Aclarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolución \_\_\_\_\_

En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.  
 De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos.  
 LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

**ADMINISTRACIÓN DE DATOS**  
 Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SOLICITANTE  
 C.C. \_\_\_\_\_

FO-VG-027-1

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

FECHA: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
 YO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ AUTORIZO A \_\_\_\_\_  
 DESCONTAR DE MI NÓMINA EL VALOR DE \_\_\_\_\_ CORRESPONDIENTE A LA PRIMA DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE  
 DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SOLICITANTE  
 C.C. \_\_\_\_\_

## **POR FAVOR TENGA EN CUENTA**

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012, y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico [contactenos@previsora.gov.co](mailto:contactenos@previsora.gov.co), Teléfono 3487555."

FO-VG-027-1