



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

## SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN AL SEGURO DE VIDA GRUPO

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRUPO

DEUDORES

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

PÓLIZA		FECHA DE SOLICITUD		DÍA	MES	AÑO						
TOMADOR			C.C. o NIT.									
DIRECCIÓN					CIUDAD							
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>												
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES		C.C.						
OCUPACIÓN DETALLADA				FECHA DE NACIMIENTO		SEXO						
				D   D   M   M   A   A   A		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
DIRECCIÓN			TEL.:		INGRESOS MENSUALES		VALOR ASEGURADO					
					\$		\$					
<b>DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD</b>												
<b>"La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"</b>												
1. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?												
Presión Arterial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Corazón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Riñones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
										Infección por V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo por favor amplíe. _____												
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?, ¿cuál? especifique: _____								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Ha tenido, o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido enfermedades, accidentes o lesiones que hayan tenido que ser tratadas medicamente o que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente ?, especifique: _____								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Peso (Kg) <input type="text"/>		Estatura (Mts) <input type="text"/>										
5. A que EPS, IPS esta afiliado. EPS _____ IPS _____												
6. En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> especifique _____												
7. Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia. _____												
8. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso afirmativo, especifique. _____												
Las actividades a las que se dedica son lícitas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso negativo especifique: _____												
<b>SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.</b>												
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>												
SI ES PÓLIZA DE DEUDORES EL BENEFICIARIO SERA EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA												
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO VOLUNTARIOS</b>												
NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS BENEFICIARIOS						%	PARENTESCO					

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S. A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA e INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, Intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que **LAS ASEGURADORAS** me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com). Igualmente, me comprometo a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico [info@segurosdeleestado.com](mailto:info@segurosdeleestado.com).

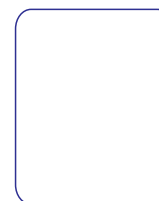
### IMPORTANTE

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SINO HASTA QUE SE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETIENCIA 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 MAS ONEROSAS. ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

YO \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO A NOMBRE PROPIO MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO 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



HUELLA  
INDICE  
DERECHO

FIRMA DEL CLIENTE

CC \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_