SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT 860.009.174-4

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
PERSONA NATURAL

No.

EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO. SI TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO NO SE HAN CUMPLIDO TODOS LOS REQUISITOS PARA LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA, EL SOLICITANTE DEBERÁ DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS

1. INFORMACIÓN GENERAL

DATOS DEL TOMADOR (SOLO DILIGENCIAR SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula de Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil, NIT)
C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No. _____

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA EXPEDICIÓN (D M A)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (D M A)	LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD	OCUPACIÓN/OFICIO	PROFESIÓN	INGRESO MENSUAL $

TIPO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ ASALARIADO ☐ CIIU

DIRECIÓN DE RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	CELULAR

NOMBRE DE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO

DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO CON EL TOMADOR

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula de Ciudadanía; C.E. Cédula 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. _____

SEXO (F M)

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ OTRO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN (D M A)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (D M A)	LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD	OCUPACIÓN / OFICIO / CARGO	PROFESIÓN	INGRESO MENSUAL $

TIPO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ ASALARIADO ☐ CIIU

DIRECIÓN DE RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	CELULAR

NOMBRE DE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO

DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO

2. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES SOBRE SEGUROSDE PERSONAS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS? SI____ NO ____

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI ☐	NO ☐
				SI ☐	NO ☐

Si requiere mayor espacio para indicar más reclamaciones, lo puede incorporar al respaldo de esta hoja, con la respectiva nota de remisión.

3. INFORMACIÓN DEL SEGURO

3.1. TIPO DE SEGURO DE VIDA A ADQUIRIR

VIDA FÁCIL **TRADICIONAL** ☐ *** DEUDORES** ☐

*** INDICAR NÚMERO DEL CRÉDITO** _____

FUTURO SEGURO **70 AÑOS** ☐ **80 AÑOS** ☐ **Nº DE PAGOS** _____

FLEXIVIDA ☐ **% DE AHORRO** _____

SALARIO SEGURO ☐ **RENTA INICIAL $** _____ **MESES A INDEMNIZAR 1er AÑO** _____

SIEMPRE VIDA ☐ **Nº DE PAGOS** _____

MUNDIESTADO **DOLARES AMERICANOS** ☐ **EUROS** ☐ **FRANCOS SUIZOS** ☐

Si el plan es creciente, por favor indique el porcentaje de crecimiento _____%

3.2. COBERTURAS SOLICITADAS.

	VALORES ASEGURADOS
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (BÁSICO)	$ _____
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	$ _____
EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	SOLICITA SI ☐ NO ☐
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	$ _____
EMFERMEDADES GRAVES	$ _____
ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES (FLEXIVIDA)	
MUERTE ACCIDENTAL (BÁSICO)	$ _____
DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE	$ _____
RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE	$ _____
GASTOS MÉDICO POR ACCIDENTE	$ _____

¿CÓMO ME COMPROMETO A PAGAR LAS PRIMAS?

FORMA DE PAGO ANUAL ☐ SEMESTRE ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSUAL ☐

AUTORIZO DÉBITO AUTOMÁTICO SI ☐ NO ☐ PARA DÉBITO AUTOMÁTICO SE DEBE DILIGENCIAR EL SOBREFLEX

3.3. BENEFICIARIOS

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	(%)	PARENTESCO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CONPEP*? SÍ, ANEXO 1	CIUDAD DE RESIDENCIA HABITUAL
					(DD/MM/AAAA)			SI ☐ NO ☐	
					(DD/MM/AAAA)			SI ☐ NO ☐	
					(DD/MM/AAAA)			SI ☐ NO ☐	

* En caso de no designación o que ésta sea ineficaz, tendrán la calidad de beneficiarios los establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.
NOTA: SI REQUIERE MAS ESPACIO PARA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, INCLUYENDO BENEFICIARIOS CONTINGENTES O CON DERECHO A ACRECIMIENTO, SOLICITE A SU INTERMEDIARIO DE SEGUROS EL FORMATO ESTABLECIDO (FORMA E-GV-033)

* **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta: individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.
* **Vinculo/relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IMPRESO POR RAMÍREZ IMPRESORES S.A.S. NIT 860.350.626-1 PBX: 3110255

3.4. ¿Tiene actualmente vigente y/o en trámite otro seguro de vida? SI___ NO____. En caso afirmativo, favor diligenciar el siguiente cuadro.

COMPAÑÍA	VALOR ASEGURADO	VIGENTE	EN TRAMITE

3.5. ¿Le ha sido negado un seguro de vida o recargado el valor de las primas por seguros de vida del estado s.a.o por otra compañía de seguros?
si ___no____. en caso afirmativo explicar las razones_____

3.6. ¿Realiza viajes al exterior con frecuencia? SI___NO____.
en caso afirmativo indique motivo y lugares _____

3.7. ¿Viaja con frecuencia en aviones privados a cualquier destino? SI ___NO____.
en caso afirmativo indique motivo y lugares _____

3.8. ¿Practíca algún deporte? SI___NO____. ¿profesional o aficionado y con qué frecuencia? _____ , _____

3.9. ¿Utiliza como medio de transporte motocicleta, patineta eléctrica o ciclomotor? SI _____ NO____.
en caso afirmativo indicar cual y el cilindraje si aplica_____,_____

4. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

4.1. Estatura (Mts)_____ Peso (Kg)_____ **IMC** _____ **(Campo que diligencia la sucursal)** ¿Tuvo variación de peso en el último año? SI ☐ NO ☐ ¿Cuantos kilos?_____

¿Disminuyó? ☐ ¿Aumentó? ☐ Motivo: _____

4.2. Es diestro ☐ zurdo ☐ ambidiestro ☐

4.3. Tiene, ha tenido o le han diagnosticado:

ENFERMEDADES	SI	NO
4.3.1. Enfermedades cardiovasculares tales como: Vavulopatitis, enfermedad coronaria, aneurisma, hipertensión arterial, infarto miocardio, arritmias, colesterol o triglicéridos elevados, trombosis.		
4.3.2. Enfermedades cerebrovasculares/neurológicas tales como: Derrame, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, esclerosis múltiple, Parkinson, parálisis, meningitis, alzhéimer, demencia.		
4.3.3. Enfermedades respiratorias tales como: Enfisema pulmonar (EPOC), bronquitis crónica, asma (siempre y cuando haya sido diagnosticado posterior a los 5 años de edad). Tuberculosis, COVID-19.		
4.3.4. Enfermedades Endocrinológicas tales como: Diabetes, enfermedades de la glándula tiroides, hipófisis, suprarrenales, hipogonadismo.		
4.3.5. Enfermedades gastrointestinales tales como: Pancreatitis, úlcera péptica, colitis, Hepatitis B o C, cirrosis, diverticulitis, hemorragia en vías digestivas altas o bajas.		
4.3.6. Enfermedades renales tales como: Litiasis, insuficiencia renal, falla renal, infección de vías urinarias a repetición, síndrome nefrótico/nefrítico.		
4.3.7. Enfermedades osteomusculares y articulares tales como: Pérdida funcional o anatómica de extremidad y/o dedos, deformidades corporales, remplazos articulares, artritis reumatoidea, artrosis, osteoporosis. Otras perdidas funcionales o anatómicas diferentes a las anteriores		
4.3.8. Enfermedades Psiquiátricas/mentales tales como: Depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción, consumo de sustancias psicoactivas o alucinógenas, consumo de medicamentos para el tratamiento de trastornos mentales o de comportamiento: ideación y/o comportamiento suicida.		
4.3.9. Otras Enfermedades tales como: Déficit cognitivo de origen congénito o adquirido, trasplantes, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, ceguera, Sordera total o parcial, perdida anatómica funcional, enfermedades de la sangre.		
4.3.10. ¿Ha padecido enfermedades, accidentes o lesiones que hayan tenido que ser tratadas medicamente o que le impiden desempeñar labores propias de su ocupación?		
4.3.11. ¿Ha tenido o tiene enfermedades diferentes a las mencionadas en los ítems anteriores y/o alteraciones, malformaciones, anomalías orgánicas o mentales, así como resultados alterados en laboratorios, imágenes diagnosticas o cualquier otra actividad en salud, que hayan ocurrido durante su vida hasta el día de hoy y por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento médico, quirúrgico, y/o terapéutico? **4.3.12.** ¿tiene programada una intervención quirúrgica o una hospitalización en los próximos 6 meses y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnostico de alguna enfermedad?		
4.3.13. Alguno de sus hermanos(as), padre Y/o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Enfermedades cardiovasculares (como Hipertensión, infarto, Enfermedad Coronaria, etc.), Diabetes o cualquier otra alteración metabólica, Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama, Cáncer de ovario o cualquier otro proceso tumoral?		
4.3.14. ¿Conoce si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente en los próximos 12 meses?		

En caso afirmativo en cualquiera de las anteriores preguntas, amplié su respuesta con el mayor detalle posible y adjunte la historia clínica de este(os) evento(s):

_____

_____

Si requiere más espacio para señalar sus respuestas, puede hacerlo al respaldo de esta hoja, declarando lo pertinente, acompañado de su firma y huella al final

4.4. Médicos que ha consultado durante los últimos 5 años:

NOMBRE Y/O ESPECIALISTA	FECHA DE CONSULTA	MOTIVO DE CONSULTA	RESULTADO
	D D M M A A A A		
	D D M M A A A A		

EN CASO DE CONTROL O DE TRATAMIENTO, ADJUNTAR INFORME DEL MÉDICO TRATANTE; PARA MUJERES EMBARAZADAS. EXAMEN MÉDICO Y DE ORINA

4.5. Se encuentra afiliado (a), al sistema de seguridad social en salud en colombia, en el régimen contributivo como cotizante o beneficiario o régimen especial/excepción? si____ no_____. indicar a cuál eps. _____

4.6. ¿fuma o fue fumador? si__ no__ en caso afirmativo: cigarrillo__ tabaco__ marihuana __ bapeador ____ otro_____ Cual_____. con qué frecuencia _____ cantidad diaria_____ hace cuanto tiempo_____

¿Consume alcohol? si__ no__. en caso afirmativo, ¿Qué consume, en qué frecuencia y cantidad? _____, _____

¿Consume o ha consumido algún tipo de droga alucinógena o psicotrópicos? si__ no__, en caso afirmativo, ¿Qué consume/ha consumido y en qué frecuencia? _____, _____

4.7. ¿Está usted embarazada? SI ☐ NO ☐

¿El embarazo esta catalogado como alto riesgo? SI ☐ NO ☐ semana actual de gestación (tiempo de embarazo_____), fecha probable del parto (fpp)_____

4.8 ¿Ha iniciado o ha culminado procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral antes de esta solicitud de seguro? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo cuándo_____ y con qué resultado_____?

5. 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:

a) 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.

b) 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.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) 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

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.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO, INFORMADO Y ACEPTADO LO INDICADO EN ESTA SOLICITUD, HABER RECIBIDO EXPLICACIÓN DE LOS AMPAROS, EXCLUSIONES Y CONDICIONES DEL PRODUCTO Y, EN SEÑAL DE ELLO FIRMO ESTE DOCUMENTO

HUELLA
INDICE
DERECHO

_____

FIRMA DEL CLIENTE No. C.C.: