

Vida Grupo

Grupo Aportes

☐

☐

Grupo Deudores

Grupo Directivos

☐

☐

Protección Familiar

Plan

☐

A☐

B☐

C☐

DATOS TOMADOR			
TOMADOR		C.C./NIT	
DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO	
DATOS ASEGURADO			
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C.	
CORREO ELECTRÓNICO			
¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?		OCUPACION	CARGO
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	VALOR ASEGURADO	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES: son facultativas las respuestas a las preguntas que se le realice sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, en consecuencia, no será obligado a responderlas. Con el diligenciamiento y firma de la declaración de asegurabilidad está autorizando expresamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con Nit. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de sus datos sensibles, en especial los contenidos en la definición de la normatividad aplicable sobre la materia particularmente, los relativos a la salud. Asimismo, son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes y en consencuencia no ha sido obligado a responderlas.

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C -C.E.-T.I. - R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

DATOS RELATIVOS A LA SALUD
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

PESO _____

ESTATURA _____

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES

2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES

3. CÁNCER

4. DIABETES

5. VIH POSITIVO / SIDA

6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

8. CIRUGÍA

9. ALCOHOLISMO

10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN

11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS

13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE)

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de ProtecciónFamiliar esta declaraciónse extiendeal grupofamiliarrelacionadœn la solicitud (cónyugœe hijos). Los padresdeben diligenciar cada uno por seprado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
En cumplimientoa lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias,para efectos de accedera la prestaciónde servicios por parte de La EquidadSeguros Generales Organismo Cooperativoy/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelanteLa Equidad), declaroque he suministrado datos personales para la finalidady tratamientodescritos en la presente autorización.Así mismo autorizo y declaroque he sido informado que durantela etapaprecontractuay contractualLa Equidad puedeaccedera otras bases de datos para obtenerinformaciónno suministrada en el presente documentoparalos fines y tratamientodescrito a continuación:1. Que mis datos personales serán tratadospor La Equidad, paralas siguientes finalidades:a) El trámite de vinculacióncomoconsumidorfinanciero;b) Todas las actividadesreferentes al procesode negociaciœcontractualsu ejecución,cumplimientoy en general, la gestión integral del seguro contratado;c) Verificacióndel estado del riesgo en cualquiertiempo;d) El controly la prevención del fraude; e) La liquidacióny pagode siniestros; f) La elaboraciónde estudios técnico-actuarialesestadísticas, encuestas, verificación,actualizaciónde datos y análisis de tendenciasdel mercadog) Envío de informaciónde actualizacióen las políticas de tratamientode datos y ofertas comercialesde seguros de La Equidad;h) Consulta, almacenamientoadministración,transferencia,procesamienty reporte de informacióna las Centrales de Informacióbases de datos debidamenteœnstituidas referentes al comportamientœrediticio,financieroy comercial;i) Cuandoaplique,para controlarel cumplimientode requisitos para accederal Sistema General de Seguridad Social Integral.2 Que, para efectos del cumplimientode las finalidadesindicadasen el numeral anterior, el tratamientopodrárealizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relacióncontractuabon La Equidad, o que ésta ya hubiere terminadoy conformeal término de vigenciadel tratamiento3. Además que los datos podránser transferidos o transmitidos, paralas finalidadesmencionadas,a continuacióna) Los operadores necesarios para el cumplimientode derechosy obligacionesderivados de los contratosde seguro celebradoscon La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañíasde asistencia, abogadosœxternos, gestores de cartera,entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervenganen el proceso de celebraciœejecucióny terminacióndel contratode seguro; c) Las entidadesjurídicas con las cuales La Equidad adelantegestiones para efectos de Coaseguroo Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevencióny control de fraudes, la selecciónde riesgos, y control de requisitos para accederal Sistema General de Seguridad Social Integral y la selecciónde riesgos, así comola elaboraciónde estudios estadísticos actuariales.4. Que, paralas finalidadesindicadasen esta autorización,La Equidad podráconsultarlas bases de datos a que hacereferenciael literal d) del numeral 3 de este documento5. Que son facultativaslas respuestas a las preguntasque me han hechoo me hagansobre datos personales sensibles, de conformidadœn la definiciólegal vigente.En consecuenciano he sido obligadœa responderlas. 6. Que autorizo expresamentepara que se lleve a caboel tratamientode mis datos sensibles, en especial, si la informaciósuministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.7. Que son facultativaslas respuestas a las preguntassobre datos de niñas, niños y adolescentes.En consecuenciano he sido obligadœa responderlas. 8. Que comotitular de la información,me asisten los derechosprevistos en la normativadvigentesobre datos personales. En especial, me asiste el derechoa conocer,actualizary rectificarlas informacionesque hayansido objetode tratamientoy9. Que el responsable del tratamientode la informacióes La EquidadSeguros Generales Organismo Cooperativoy/o La EquidadSeguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contactœe encuentranpublicadosen la página web www.laequidadseguros.coop.d. Que con la suscripciœ del presente documentoautorizo el tratamientode los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

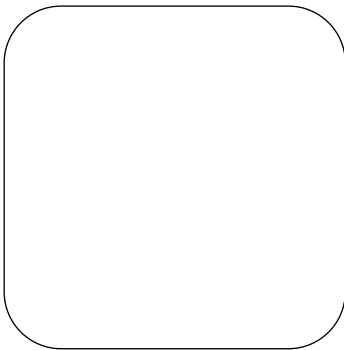
Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____



Huella del índice derecho del asegurado