

✓



NIT 880 009 134-4

CITING LITIGANT INFORMATION
 ANOTHER IMPORTANT PART OF THE CASE REPORT IS THE CITING OF CASES.

GRUPO	DEUDORES
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

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 N.T.			
DEJAR ESPACIOS EN BLANCO				
DIRECCIÓN				
CUBAD				
DATOS DEL SOLICITANTE				
1er APELLIDO XXXXXXXXXXXXX	2do APELLIDO XXXXXXXXXX	NOMBRES XXXXXXXXXXXX	C.C.	
OCCUPACIÓN DETALLADA XXXXXXXXXXXXX	FECHA DE NACIMIENTO [X] [X] [X] [X] [X] [X] / [X] [X] [X] [X]	SEXO ☒ F ☐ M ☐		
DIRECCIÓN XXXXXXXXXXXXX	TEL.: XXXXXXXXXX	INGRESOS MENSUALES \$ DEJAR ESPACIO EN BLANCO	VALOR ASE GURADO \$ DEJAR ESPACIO EN BLANCO	
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD				
La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"				
✓ 1. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?				
Presión Arterial	Sí NO	Corazón	Sí NO	Enfermedades Neurológicas Sí NO
Diabetes	[] []	Cáncer	[] []	Enfermedades Hepáticas [] []
Rifones	[] []	Infección por V.I.H. (SIDA)	[] []	
En caso afirmativo por favor amplie:				
✓ 2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?, ¿cuál? especifique:				
✓ 3. 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 ?, especifique:				
4. Peso (Kg) Estatura (Mts)				
5. A qué EPS, IPS está afiliado. EPS _____ IPS _____				
6. En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) Si NO especificar _____				
7. Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o se adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia? Si NO 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 NO en caso afirmativo, especifique. _____				
Las actividades a las que se dedica son ícticas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? Si NO Por favor recomendar al Estado Cedeador leer atentamente la ley en caso negativo especifique: _____				
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE ASI COMO DECLINAR O EXTRAÑAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.				
DATOS DEL BENEFICIARIO				
SI ES PÓLIZA DE DEUDORES EL BENEFICIARIO SERÁ EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA				
DATOS DEL BENEFICIARIO VOLUNTARIOS				
NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS BENEFICIARIOS	%	PARENTESCO		
DEJAR ESPACIOS EN BLANCO				

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, si sus datos he 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 en forma 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 FASCOLODA e INVERFAS S.A.; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos de los editores 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 otorgan 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.segurosdel ESTADO.com. Igualmente, me comprometo a actualizar toda la información anualmente.

De igual 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 58 89 77, correo electrónico info@segurosdel ESTADO.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 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 INCLUIDO A ES TÍPULAS CONDICIONES MAS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

YO, XXXXXXXXXXXX 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 HISTORIA CLÍNICA, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, 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

XXXXXXXXXXXX
FIRMA DEL CLIENTE
CC XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXX

