

SOLICITUD SEGURO DESEMPLEO

AVISO DE PRIVACIDAD: Positiva Compañía de Seguros S.A. en virtud de la normatividad vigente, garantiza que la información personal consignada en este documento será utilizada únicamente para dar trámite a los servicios y productos que ha solicitado para tal finalidad requerimos los datos que detallamos a continuación.

ESPACIO DE RADICACIÓN

FORMULARIO SOLICITUD DE SEGURO TOMADOR

MIS_5_2_2_FR65

N° Solicitud:

Fecha de diligenciamiento

AÑO | MES | DÍA

Sucursal:

! Esta solicitud de seguro debe diligenciarse en bolígrafo tinta negra y en letra legible (no utilizar pluma, micropunta o estilógrafo).

"Esta solicitud, declaración de asegurabilidad, los exámenes médicos y complementarios hacen parte integral del contrato de seguros, por lo tanto es indispensable que la conteste en su totalidad, no deje espacios en blanco, si hay correcciones o enmendaduras, sírvase aclararlas en el campo de observaciones y validar con su firma."

1. DATOS DEL TOMADOR

Razón social	Identificación N° NIT		
Nombre del representante legal	C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> N°		
Detalles de la actividad	Tipo de empresa Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Inversión extranjera <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Cual <input type="radio"/>		
Código de actividad "CIU"	Correo electrónico	Teléfono	FAX
Dirección oficina principal	Ciudad	Departamento	
Dirección sucursal o agencia	Ciudad	Departamento	

2. DATOS PARA LA PÓLIZA

PRODUCTO	SEGURO DE DESEMPLEO			
Amparos	Valor asegurado global (Valor cuota variable)	Valor asegurado individual (Valor cuota fija)	Periodo de carencia	0 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> Días
Desempleo			Periodo de indemnización	N° Cuotas 3 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> Cuotas
Incapacidad total temporal			Periodo activo mínimo después de un siniestro	No. De meses (0 a 24)
No. Total de asegurados			Periodicidad de pago de la prima	Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>

3. DATOS DEL INTERMEDIARIO

Nombre del intermediario	Tipo de intermediario	Clave	% de participación

4. TIPO DE NEGOCIO

Detalles del negocio	100% Compañía <input type="radio"/> Coaseguro cedido <input type="radio"/> Coaseguro aceptado <input type="radio"/>	*Si el tipo de Negocio es Coaseguro diligencie la siguiente información
*Participación del coaseguro	Compañía líder	% Participación
Otras compañías		% Participación
		% Participación
		% Participación
Observaciones		

5. FORMA DE PAGO

Medio de pago	Tipo de cuenta	Ahorro <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> Banco /	
Si seleccionó "Débito Automático" como medio de pago suministre:	Número de cuenta	Plazo para pago de prima	Días

*En concordancia con el artículo 1066 del Código de Comercio (Pago de la prima) Positiva otorga cuarenta y cinco (45) días de plazo para el pago de la prima contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de sus certificados y anexos; por tanto, cualquier plazo diferente a éste, por favor registrarlos en la casilla de "Plazo para pago de prima" a fin de realizar la validación pertinente en el proceso de suscripción.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

"EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD (PARA PERSONAS JURÍDICAS SE DEBE ADJUNTAR LA DEL REPRESENTANTE LEGAL).

- Original del certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio con vigencia no superior a tres (3) meses. (aplica solo para personas jurídicas) y/o fotocopia del Registro Único Tributario RUT
- Formulario Sarlaft, totalmente diligenciado "

7. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Ha presentado reclamaciones sobre seguro de personas, respecto de cualquier asegurado en los últimos tres (3) años				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Si, la respuesta es afirmativa, a continuación relacione el detalle de las reclamaciones presentadas.
Año	# de reclamaciones	Amparo afectado	Valor total	Aseguradora	

7. AVISO DE PRIVACIDAD. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS.

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012: Positiva.gov.co; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley. Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos. DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley, mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

INFORMACION COMERCIAL: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. el envío a mi correo electrónico o celular de: Ofertas y Publicidad, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a ofrecer.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que: (i) responda y respete el interés superior, es decir derechos prevalentes, y (ii) que asegure el respeto de sus derechos fundamentales, de modo que, si ese tratamiento afecta algún derecho constitucional del menor, no podrá realizarse.

DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 - 72, Bogotá; correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co; Teléfono: 6502200 en Bogotá y 01800011170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo. AUTORIZACIÓN EXPRESA E INEQUÍVOCA, DE TODOS MIS DATOS PERSONALES, SENSIBLES, COMERCIALES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Con excepción de (Escriba aquí que Tipo de datos NO autoriza): _____

IMPORTANTE: GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE PARA EL ANÁLISIS DE LA PÓLIZA QUE ME EXPIDA, Y QUE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA, SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

FIRMA DEL SOLICITANTE (TOMADOR O REPRESENTANTE LEGAL) _____ CC _____ DE _____