

Fecha de diligenciamiento:

Intermediario:

Sucursal:

Cod. De sucursal:

Clave de intermediario:

E-mail envío de facturación:

Número de solicitud: **25**

1. DATOS TOMADOR / ASEGURADO

Nombre completo		Fecha de nacimiento		Género M F		Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A.			
Lugar de nacimiento		Departamento		Dirección de residencia					
Ciudad de residencia		Nacionalidad		Celular		E-mail personal			
Ocupación				Valor ingresos mensuales					

(CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PT: Permiso de protección temporal, CD: Carné Diplomático, PA: Pasaporte)

2. DATOS DEL CRÉDITO ASEGURADO

Tipo de crédito	Banco o acreedor (Beneficiario oneroso)	Valor asegurado	VALOR INICIAL	VALOR ACTUAL	Número de crédito
-----------------	---	-----------------	---------------	--------------	-------------------

Para Tipo de Crédito: Libre inversión / Libranza / Vehículo / Hipotecario no vis en pesos / Hipotecario no vis en UVR / Leasing habitacional no vis en pesos / Leasing habitacional no vis en UVR / Microcrédito mayor a 25 SMMLV

3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

3.1 ¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

Artritis	Si No	Enfermedades neurológicas	Si No	Esclerosis múltiple	Si No	Enfermedades de la columna vertebral	Si No
Enfermedades cardiovasculares	Si No	Enfermedades mentales	Si No	Enfermedades pulmonares	Si No	Enfermedades renales	Si No
Enfermedades gastrointestinales	Si No	Sistema hemático	Si No	Infección por VIH - SIDA	Si No	Diabetes	Si No
Enfermedades hepáticas	Si No	Cáncer	Si No	Lupus	Si No	¿Alguna otra enfermedad? ¿Cuál?	Si No

3.2 ¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? Si No Amplie información _____

3.3 ¿Fuma? Si No
Promedio de cigarrillos diarios _____

3.4 ¿Utiliza moto como medio de transporte? Si No

3.5 ¿Ha recibido asesoría, terapia o tratamiento por el consumo de alcohol o cualquier otra droga psicoactiva? Si No ¿Cuál? _____

3.6 ¿Utiliza moto como medio de trabajo? Si No

3.7 ¿Se encuentra en estado de embarazo? Si No ¿Cuántos meses? _____

3.8 Indique su peso (kg) _____
y su talla (cm) _____

3.9 Desarrolla regularmente una actividad laboral o extracurricular tales como: de pilotaje de avión no comercial, en globo aerostático, de paracaidismo, parapente, vuelo en ala delta, montañismo, bungee jumping, tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, deportes ecuestres, esquí, boxeo, artes marciales, espeleología o alguna actividad o deporte de riesgo que pueda exponer su vida o aumentar el riesgo normal de sufrir una lesión? Si No ¿Cuál? _____

4. SELECCIÓN DE AMPAROS

Amparo básico - muerte

ITP (Incapacidad Total y Permanente)

Enfermedades graves

Auxilio funerario

Valor asegurado del auxilio funerario:

Obligatorio para crédito hipotecario y leasing habitacional

5. RELACIÓN DE BENEFICIARIOS

5.1 BENEFICIARIO ONEROSO

Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT								Nombre completo	% de participación 100%	Designación ONEROSO
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	----------------------------	------------------------

5.2 BENEFICIARIO gratuito

Tipo y número de documento C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT								Nombre completo	Parentesco	% de participación	Designación
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT											
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT											
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT											
C.C. C.E. P.T. C.D. P.A. T.I. R.C. NIT											

MIS_5_2_2_FR52 (V3)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

6. DÉBITO AUTOMÁTICO

Cuenta de ahorros Cuenta corriente Banco _____ No. De cuenta _____ Día de cobro _____

7. FORMA DE PAGO

Mensual Trimestral Semestral Anual

8. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS SENSIBLES

Para POSITIVA COMPAÑIA 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 <https://www.positiva.gov.co/web/guest/politica-de-tratamiento-de-la-informacion>, 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 (autorizamos) expresamente a POSITIVA COMPAÑIA 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 (nuestros) 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. (i) 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 (autorizamos) expresamente a POSITIVA COMPAÑIA 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 (nuestros) datos sensibles y declaro (declaramos) que he (hemos) sido enterado (enterados) 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 (nuestros) 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 (autorizamos) expresamente a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A el envío a mí (nuestro) 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 (autorizamos) expresamente a POSITIVA COMPAÑIA 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.

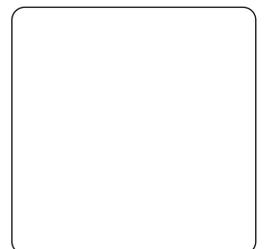
DECLARO (DECLARAMOS) QUE HE (HEMOS) SIDO INFORMADO (INFORMADOS) SOBRE LOS DERECHOS QUE ME (NOS) ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: **actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar** prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis (nuestros) Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑIA 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.

Se firma la presente autorización en: la ciudad de _____ a los (_____) días del mes de _____ del año _____.

AUTORIZACIÓN EXPRESA E INEQUÍVOCA, DE TODOS MIS (NUESTROS) DATOS PERSONALES, SENSIBLES, COMERCIALES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Con excepción de (Escriba aquí que Tipo de datos NO autoriza);

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Fotocopia del documento de identificación
Certificado de la deuda
Cotización



FIRMA

HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento.