

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 SOLICITADO		TOTAL VALOR ASEGURADO		

El campo “TOTAL VALOR ASEGURADO” aplica únicamente para Vida Grupo Deudores

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES Y DE MENORES DE EDAD: a continuación solicitaremos información necesaria para gestionar adecuadamente su solicitud de seguro, cumplir con normas legales y procesos internos, por ello solicitaremos datos de su estado de salud y de sus beneficiarios que eventualmente podrían ser menores de edad, por ello confirmamos que usted puede decidir si los suministra, al hacerlo y firmar este documento está autorizando 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 aquellos para todo lo relacionado con la gestión de la póliza.

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 consecuencia 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	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

*Si es póliza de Vida Deudores, el tomador será el beneficiario hasta cubrir la deuda vigente a la fecha de la reclamación ante la aseguradora. Aun así, se solicita información de otros beneficiarios por si aplica otra cobertura o queda un saldo adicional. * En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración

DATOS RELATIVOS A LA SALUD

Aunque no está obligado a compartir información sobre su salud, estos datos son necesarios para contratar el seguro, que se otorga a personas que gozan de buena salud, si omite información relevante (reticencia), incorrecta, incompleta o engañosa (falsedad) sobre su estado de salud es posible que el seguro pierda validez. Por eso, le pedimos que responda con sinceridad a los siguientes interrogantes:

PESO _____	ESTATURA _____		
1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	☐	8. CIRUGÍA	☐
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	☐	9. ALCOHOLISMO	☐
3. CÁNCER	☐	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	☐
4. DIABETES	☐	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	☐
5. VIH POSITIVO / SIDA	☐	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	☐	13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	☐	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 Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud(cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por seprado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Asimismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descritos a continuación: 1. Finalidades del tratamiento de datos personales: Mis datos personales serán tratados por La Equidad para: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero. b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado. c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo. d) El control y la prevención del fraude. e) La liquidación y eventual pago de siniestros. f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado. g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad. h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial. i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Tratamiento sin relación contractual: Para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegue a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado, conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Transferencia de datos personales: Los datos podrán ser transferidos o transmitidos para las finalidades mencionadas a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros. b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de coaseguro o reaseguro. d) Las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Consulta de bases de datos externas: Para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos mencionadas en el literal d) del numeral 3. 5. Datos personales sensibles: Son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Autorización para tratar datos sensibles: Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Datos de menores de edad: Son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Derechos del titular de la información: Como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Responsable del tratamiento: El responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web: www.laequidadseguros.coop 10. Aceptación del tratamiento: Con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Con mi firma y huella en el presente documento, declaro que 1. Acepto el tratamiento de los datos personales previamente relacionado 2. Acepto 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 DEL ASEGURADO: _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____

