

Vida Grupo   
 Grupo Aportes 

 Grupo Deudores   
 Grupo Directivos 

 Protección Familiar   
 Plan A  B  C 
**DATOS TOMADOR**

|  |   |
|--|---|
| TOMADOR FEBOR ENTIDAD COOPERATIVA      | C.C./NIT 860.007.647-7                  |
| DIRECCIÓN CALLE 42 N° 8 A - 80 PISO 02 | CIUDAD BOGOTA D.C. TELÉFONO 601-5558160 |

**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:** 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 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. - 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 <input type="checkbox"/>                    | 8. CIRUGÍA <input type="checkbox"/>  |
|            |                | 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/>                   | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>  |
|            |                | 3. CÁNCER <input type="checkbox"/>   | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/>   |
|            |                | 4. DIABETES <input type="checkbox"/>                                       | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>   |
|            |                | 5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>                            | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>   |
|            |                | 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>                    | 13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/>  |
|            |                | 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE) <input type="checkbox"/> |

**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 separado esta declaración.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento a 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. Así mismo 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 suministrada en el presente documento para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual y 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 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 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. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Además que los datos podrán ser transferidos o transmitidos, para las finalidades mencionadas, a continuación: 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 adelanta gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que 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. Que 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. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que han sido objeto de tratamiento. 9. Que 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. Que 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.

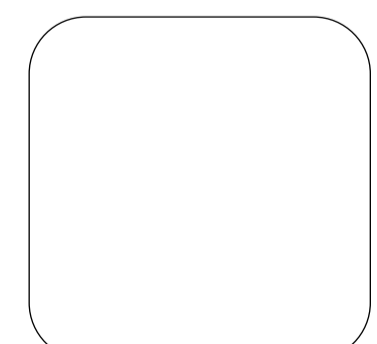
Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

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