

GRUPO

 DEUDORES

 INICIACIÓN 

 MODIFICACIÓN 
**IMPORTANTE:** Todas la preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma .

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No. FORMULARIO
EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO APLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO, SI TRANSCURRIDO EL TERMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS APARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD, SEGUROS DE ESTADO S.A., NO EXPIDE LA POLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA						
<b>DATOS DEL TOMADOR</b>						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula, C.E. Cedula Extranjeria, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjeria, R.C. Registro Civil)					NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____						
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>						
APELLIDOS			NOMBRES			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula, C.E. Cedula Extranjeria, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjeria, R.C. Registro Civil)			FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			DÍA _____ MES _____ AÑO _____			
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		ESTADO CIVIL		DIRECCIÓN DE DOMICILIO
_ _ _ _ _ _ _		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		
CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO		NUMERO DE CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO			INGRESOS MENSUALES			
PROFESIÓN			OCUPACIÓN DETALLADA			
<b>COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS</b>						
VALOR ASEGURADO	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES	AUXILIO FUNERARIO	RENTA DIARIA POR HOZPITALIZACIÓN
<b>INFORMACIÓN DEL CRÉDITO</b>						
NUMERO DEL CREDITO		VALOR ASEGURADO INICIAL O VALOR DE PRÉSTAMO INICIAL			PLAZO DEL CRÉDITO	
SOLICITUD INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO A :				VALOR DE PRIMA		
En algun ocasión a estado en peligro su vida ? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
especifique: _____						
las actividades a las que se dedica son licitas y no generan nungún riesgo o azarosidad contra su vida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
en caso negativo especifique: _____						
<b>DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD</b>						
Consumo actualmente algún medicamento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____						
A que EPS e IPS está afiliado. EPS _____ IPS _____ ESTATURA _____ PESO _____						
Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia. _____						
¿HA PADECIDO O SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, DILIGENCIE LOS CUADROS COMPLEMENTARIOS						
TIPO DE ENFERMEDAD	SI	NO	FECHA DE APARICIÓN OCURRENCIA O PRÁCTICA	CUAL ENFERMEDAD / TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL	
CARDIACA O VASCULAR						
HIPERTENSIÓN ARTERIAL						
PULMONARES, ASMA, TUBERCULOSIS						
DIGESTIVAS (ÚLCERAS, PÓLIPOS, QUISTES, HERNIAS, COLON)						
RENALES Y/O GENITOURINARIAS (PRÓSTATA, TESTÍCULOS, ÚTERO, OVARIOS, TROMPAS DE FALOPIO).						
ENFERMEDADES HEPÁTICAS (HIGADO, PÁNCREAS)						
ENFERMEDADES VENÉREAS						
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, REUMATISMO, ARTRITIS						
MENTALES ( TRASTORNO BIPOLAR, ALZHEIMER, DEPRESIÓN)						
NERVIOSAS ( EPILEPSIA, TRASTORNOS EMOCIONALES)						
DIABETES MELLITUS						
CÁNCER U OTROS TUMORES						
CEREBRO VASCULAR						
SIDA / VIH						
¿LE HA OCURRIDO ACCIDENTES O LESIONES GRAVES?						
DEFORMIDADES O MALFORMACIONES						
OTRAS ENFERMEDADES NO DESCRITAS ANTERIORMENTE						
¿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?						
¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON TRASTORNOS MENTALES O ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?						
¿HA SIDO HOSPITALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?						
¿SE HA SOMETIDO A CIRUGÍAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?						
¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA CIRUGÍA?						
(MUJERES) ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO?				¿MES ESPERADO DE PARTO?		
(MUJERES) ¿COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS U OBSTÉTRICAS?				¿CUÁL?		
(MUJERES) ¿HA TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES?				¿HA TENIDO COMPLICACIONES EN ESOS EMBARAZOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL?		

**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DE DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DEL DOC. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DOC. IDENTIFICACION	(%)	PARENTESCO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP*? SÍ, ANEXO 1	CIUDAD DE RESIDENCIA HABITUAL
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				(DD/MM/AAAA)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**NOTA BENEFICIARIO CONTINGENTE**

Los Asegurados adicionales podrán realizar designación de beneficiarios en el formato E-GV-033, en caso, de no designación o que esta sea ineficaz tendrán la calidad de beneficiarios los establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.

\* **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Personas expuestas políticamente conforme al decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona públicamente expuesta (Decreto 1674 de 2016); individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.**

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si\_\_ No\_\_.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com) y [www.segurosdevidadeleestado.com](http://www.segurosdevidadeleestado.com)

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com) y [www.segurosdevidadeleestado.com](http://www.segurosdevidadeleestado.com) – Contáctenos. Correo electrónico: [info@segurosdeleestado.com](mailto:info@segurosdeleestado.com)

**CLÁUSULA DE ASESORÍA AL CLIENTE:** Declaro que recibí asesoría especializada, amplia y detallada por parte del asesor comercial de las condiciones técnicas y económicas del seguro, conociendo de este modo el alcance del producto en cuanto a cobertura y exclusiones y las acepto de manera libre y voluntaria. Así mismo certifico que entendí ampliamente el alcance del amparo de incapacidad total y permanente y me acojo a la calificación bajo el régimen de seguridad social en Colombia en salud, bajo los preceptos del manual único de calificación de invalidez decreto 1507 de 2014 o sus modificaciones reglamentarias.

Hago constar que he recibido en medio físico y/o virtual el clausulado y el formulario solicitud certificado de la póliza y lo acepto de conformidad. Queda claramente definido que para disfrutar de los amparos de la póliza adquirida debo estar al día en el pago de las primas.

**NOTA**

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS VERACES EN LA FORMA EN QUE APARECEN CONSIGNADAS, ACEPTO Y ENTIENDO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

DECLARO CONOCER QUE SALVO ESTIPULACIÓN CONTRACTUAL EN CONTRARIO EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

YO \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO EN EL PRESENTE DOCUMENTO A NOMBRE PROPIO 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 MÁS 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 HISTORIAL MÉDICO, 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.

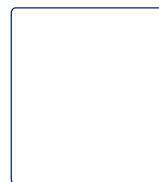


FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

HUELLA  
ÍNDICE  
DERECHO



**OBSERVACIONES DEL SELECCIONADOR (Espacio para uso exclusivo de SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.)**

_____	1. APROBADO <input type="radio"/>	Firma del seleccionador _____
_____	2. APLAZADO <input type="radio"/>	
_____	3. RECHAZADO <input type="radio"/>	
_____	4. EXTRAPRIMARIO <input type="radio"/>	

**DATOS DEL INTERMEDIARIO**

NUMERO DEL CREDITO	CLAVE	SUCURSAL
--------------------	-------	----------

Firma \_\_\_\_\_

Fecha 

--	--	--	--	--	--	--	--