



Cámara
de Comercio
de Bogotá

Invitación a proponer para contratar las pólizas de seguro que amparen los bienes
e intereses asegurables de la CCB

ANEXO No. 8
SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

Bogotá D.C. xx xxx de 2020

Señores

CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ

Av. El dorado No. 68D-35.

Bogotá D.C.

**Asunto: Invitación a proponer para contratar las pólizas que amparen los bienes e intereses asegurables
de la CCB - 30000649**

Estimados señores:

En mi calidad de representante legal de _____, me permito manifestar que la sociedad que represento acepta el formato Solicitud de Seguro de Vida Grupo y Solicitud de actualización de beneficiarios Seguro de Vida Grupo los cuales se adjuntan.

Cordialmente,

Nombre y Firma del representante legal

C.C. No. expedida en

Invitación a proponer para contratar las pólizas de seguro que amparen los bienes e intereses asegurables de la CCB

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO

Cuidad		Fecha Delineamiento		Tomador: Cámara De Comercio De Bogotá		NIT No. 888007322-8		No Póliza			
Nombre y Apellido del Empleado				C.C./C.E							
Dirección Asegurado				Ciudad		Teléfono Fijo					
Teléfono Celular		Fecha de Nacimiento		Sexo		Edad		Estratura (mts)		Peso (Kg)	
Profesión			Ocupación / Oficio			Deporte que practica					
Correo Electrónico				Valor Asegurado Actual				Incremento de valor asegurado			
Vida Grupo Ejecutivos				Vida Grupo Pacto colectivo				Vida Grupo Deudor			

Por favor revise con atención el siguiente cuestionario de salud, teniendo en cuenta que las respuestas que aporte deben ser dadas con total sinceridad. Recuerde que debe informarnos de todas las enfermedades o padecimientos en portantes que ha sufrido. ¿Se le ha diagnosticado, padecido o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

cardiac	SI	NO	enfermedades de la sangre (por ejemplo anemia, leucemia, etc.)	SI	NO	Sida	SI	NO
enfermedades del corazón	SI	NO	leishmaniasis	SI	NO	Carroza	SI	NO
enfermedades crónicas vasculares (por ejemplo arteriosclerosis, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, etc.)	SI	NO	hipertensión arterial	SI	NO	copera	SI	NO
enfermedades renales (por ejemplo osteoporosis, nefritis, nefropatía, convulsiones, etc.)	SI	NO	diabetes (azúcar en la sangre)	SI	NO	sortida	SI	NO
enfermedades de los riñones	SI	NO	colera y/o intoxicación alcohólica	SI	NO	perdida de una parte del campo	SI	NO
enfermedad mental (por ejemplo, depresión, locura, esquizofrenia, etc.)	SI	NO	erintia	SI	NO	OTRA ENFERMEDAD NO DISCRETA ANTERIORMENTE	SI	NO

Si la respuesta es afirmativa, indique:

1- Tipo de enfermedad _____ fecha de diagnóstico _____ tratamiento (que medicamentos o drogas le realizaron o le van a realizar) _____
 2- Tipo de enfermedad _____ fecha de diagnóstico _____ tratamiento (que medicamentos o drogas le realizaron o le van a realizar) _____
 Babe alcohol? Si NO Tipo y cantidad diaria _____ ¿Consuma sustancias o drogas? Si NO _____

Recuerde que es necesario informarnos de todas las enfermedades o padecimientos reportados que ha diagnosticado o padecido, evitando así que en un futuro se pueda negar la indemnización reclamada.

Designación de Beneficiarios: A continuación, detalle los beneficiarios para el seguro, asignando un % a cada uno sin que en su total exceda el 100%:

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	% ASIGNADO

Nota: Favor asignar en la columna (%) la proporción que desea asignar a sus beneficiarios del seguro.

DECLARO: Que estando en libertad para contratar esta póliza con cualquier compañía de seguros legalmente constituida en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Circular 068 de noviembre de 1997 emitida por la Superintendencia Bancaria y Superintendencia Financiera, decido aceptar las condiciones de la presente póliza. Lo anulado así es verdad y que _____ se reserva todos los derechos que pueda asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptar el seguro, sometiéndome a los efectos legales contemplados en los artículos 1058 y 1150 del Código de Comercio Colombiano.

Autorizo expresamente y en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1991, a _____, para verificar, acceder y solicitar ante cualquier médico o institución hospitalaria, mi historial clínico y todos aquellos datos y/o resultados y/o informes que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, aún después de mi muerte. Renuncio, por tanto, a todas las disposiciones de la Ley y de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida, con motivo de diagnóstico o tratamiento.

_____ dará un tratamiento confidencial a los datos personales del Tomador, Asegurado y Beneficiario, de la presente póliza. En este sentido, el Tomador, Asegurado y Beneficiario autorizan a _____ para que sus datos personales obtenidos y conocidos por la presente relación contractual de seguro sean controlados, almacenados, administrados, transferidos y reportados al interior de la compañía y a las centrales de datos que considere necesario, en particular al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude INF LTDA, la Unidad Administrativa Especial de Información Financiera UAE, así como a otras compañías de seguro, sucursales, subsidiarias, oficinas representativas, filiales y agencias de SEGUROS operativas y para el desarrollo y ejecución de las obligaciones propias del presente contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 1501 DE 2012: He sido informado que los datos que he suministrado a _____ son personales, que en particular los datos relacionados con salud son datos sensibles y que respecto a estos y a los datos a los que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. tiene acceso, la finalidad de su tratamiento es el cumplimiento del contrato de seguro. En este sentido, AUTORIZO a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a tratar dichos datos personales para fines, tales como: trámite de la solicitud de vinculación como consumidor final, emisión o transferencia de datos, determinación de primas y la selección de riesgos, verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el vencimiento del semestre (para comprobar los circunstancias bajo las cuales se presentó); ejecución y cumplimiento de los controles que celebre SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. control y prevención del fraude; liquidación y pago de siniestros; en general la gestión integral del seguro contratado; elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; envío de información y ofertas comerciales de seguros, así como del ofrecimiento de otros productos de esta Aseguradora; reportes regulatorios; envío de las modificaciones que se puedan presentar en las Políticas de Tratamiento de la Información suministradas por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Igualmente a compartir los datos con terceros que estén relacionados con el desarrollo del contrato de seguro y con quienes sea necesario en virtud de la actividad aseguradora que ejerce SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Declaro que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. me ha informado que mis datos personales son objeto de protección y se someterán a la legislación en la Ley 1501 de 2012, normatividad complementaria y el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales que he leído y aceptado en SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., en el cual constan los deberes de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y los derechos del Titular de los datos, y que pueden ser consultados en la página web www.segurosdevida.com.co.

Entiendo y acepto que el diligenciamiento de esta solicitud y declaración de estado de salud no genera ninguna obligación por parte de la compañía, y que la cobertura inicia en el momento de la aceptación expresa del seguro por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Firma del asegurado

CC _____

Huello Índice Derecho

NOTA: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. se reserva todos los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente, así como declarar cualquier solicitud que no esté de acuerdo con sus normas de selección, o aceptar en condiciones más onerosas.

Invitación a proponer para contratar las pólizas de seguro que amparen los bienes e intereses asegurables de la CCB

SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE BENEFICIARIOS SEGURO VIDA GRUPO

Compañía de Seguros A. S. A.

Ciudad	Fecha Diligenciamiento	Tomador: Cámara De Comercio De Bogotá	NIT No. 890067325-9	No Póliza
Nombres y Apellidos del Empleado		C.C. / C.E.		
Dirección Asegurado		Ciudad	Teléfono Fijo	
Correo Electrónico			Teléfono Celular	
Vida Grupo Ejecutivos	<input type="checkbox"/>	Vida Grupo Pacto colectivo	<input type="checkbox"/>	Vida Grupo Deudor
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Designación de Beneficiarios: A continuación detalle los beneficiarios para el seguro, asignando un % a cada uno sin que en su total excedan el 100%.

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE ASIGNADO

VIGILADO MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS

AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 1581 DE 2012: He sido informado que los datos que he suministrado a Seguros son personales, que en particular los datos relacionados con salud son datos sensibles y que respecto a estos y a los datos a los que Seguros llegue a tener acceso, la finalidad de su tratamiento es el cumplimiento del contrato de seguro. En este sentido, AUTORIZO a Seguros a tratar dichos datos personales para fines, tales como: trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero, circulación o transferencia de datos, determinación de primas y la selección de riesgos, verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a la manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro (para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó); ejecución y cumplimiento de los contratos que celebre, control y prevención del fraude; liquidación y pago de siniestros; en general la gestión integral del seguro contratado; elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; envío de información y ofertas comerciales de seguros, así como del ofrecimiento de otros productos de esta Aseguradora; reportes regulatorios; envío de las modificaciones que se puedan presentar en las Políticas de Tratamiento de la Información adoptadas por Seguros. Igualmente a compartir los datos con terceros que están relacionados con el desarrollo del contrato de seguro y con quienes sea necesario en virtud de la actividad aseguradora que ejerce Seguros. Declaro que Seguros me ha informado que mis datos personales son objeto de protección y se someterán a lo establecido en la ley 1581 de 2012, normalidad complementaria y el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales que tiene implementado, en el cual constan los deberes de Seguros y los derechos del Titular de los datos, y que pueden ser consultados en la página web www.rsagroup.com.co.

Entiendo y acepto que el diligenciamiento de esta solicitud y declaración de estado de salud no genera ninguna obligación por parte de la compañía, y que la cobertura inicia en el momento de la aceptación expresa del seguro por parte de Seguros.

Firma del asegurado



CC

Hesla Índice Derecho

NOTA: La compañía de seguros se reserva todos los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar cualquier solicitud que no esté de acuerdo con sus normas de selección, o aceptarla en condiciones más onerosas.