

Vida grupo Vida deudores

Datos generales												
Razón Social Entidad Tomadora					Ciudad			Fecha diligenciamiento				
								Día	Mes	Año		
No de póliza		Valor asegurado			VIGENCIA DEL SEGURO							
					DESDE 00:00 Horas	D	M	A	HASTA 24:00 Horas	D	M	A

Datos del solicitante del seguro											
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres		TD	No. Identificación		
Fecha Nacimiento		Dirección Domicilio			Teléfono		Ciudad		Eps		
Día	Mes	Año									
Ocupación específica:				Estatura		Peso		Sexo		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tabaquismo:											

Si la póliza es deudores, el beneficiario será el acreedor hasta por el saldo insoluto de la deuda



Beneficiarios de seguros de vida							
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco	Tipo documento	No. documento	Fecha expedición documento	% Participación

Cuestionario estado de salud

Conteste si o no para cada uno de los solicitantes del seguro. Si alguna de las respuestas es afirmativa, por favor indique diagnóstico, fecha de inicio, tratamiento, estado actual y nombre del médico o institución tratante.

Preguntas	SI / NO	Explicación
1. En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud.		
2. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por: cualquier tipo de cáncer, tumores malignos, leucemias, linfomas, trastornos cardiacos, arritmias cardiacas, infartos o dolor torácico cardiacos, trastornos en las válvulas cardiacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, trastornos neurológicos crónicos, hepatitis B o C, diabetes, cirrosis, anemia falciforme, enfermedad poliquística renal, insuficiencia renal o trastornos renales crónicos, infección por VIH, trastornos de la coagulación, trastornos osteoarticulares, trastornos vasculares, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, trasplantes previos? ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos? ¿Si es mujer, dos (2) miembros del núcleo familiar, madre, hermanas-, han padecido cáncer de seno? ¿Sufre usted y/o su familia el trastorno hereditario dislipidemia familiar o de poliposis vello o adenomatosa familiar.		
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? ¿Esta siendo estudiado o desea ser estudiado por una Junta o comisión médica de estudio de invalidez?		
4. ¿Sufre o recientemente se ha detectado o le han visto alguna condición que requiera de estudios, o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de estudios y/o tratamientos médicos?		
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?		
6. ¿ Practica deportes peligrosos?		
7. ¿Ha realizado viajes al extranjero en los último 3 meses? Por favor indique las fechas y los lugares que visitó.		
8. ¿En el último mes tuvo fiebre, temperatura, tos persistente o dificultad para respirar?		

Declaraciones y autorizaciones

<p>1) No tengo antecedentes legales. tanto mis actividades como mi ocupación o profesión son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.</p> <p>2) Tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones, y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viado de nulidad en los términos de los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.</p> <p>3) Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Chubb Seguros de Colombia S.A., aún después de mi fallecimiento, para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, sobre mi estado de salud, incluyendo la facultad para obtener copia certificada de las historias clínicas respectivas.</p>	<p>4) Autorizo a Chubb Seguros de Colombia S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha de diligenciamiento de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro, en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora, a la asociación bancaria de Colombia o cualquier central de información o base de datos.</p> <p>5) El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. la aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del seguro.</p>
 CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. Firma autorizada	 Firma del Solicitante del Seguro

Para la celebración y durante la ejecución del contrato de seguro con LA ASEGURADORA (en adelante el "Contrato"), ésta recolectará, administrará y usará los datos personales del ASEGURADO en los términos previstos en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581/12 (y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen) (en adelante la "Regulación"). Consecuentemente, en virtud de la suscripción del presente documento, el ASEGURADO otorga la autorización requerida por la Regulación dentro de los siguientes términos y condiciones:

- LA ASEGURADORA utilizará los datos personales que recolecte del ASEGURADO, tales como nombre, apellido y datos de identificación para los propósitos y alcances relacionados con el contrato de seguro y con las relaciones jurídicas y/o comerciales que se puedan desprender del mismo.
- LA ASEGURADORA realizará operaciones tales como la recolección, uso, almacenamiento, análisis, transferencia y transmisión, entre otras, de los datos personales del ASEGURADO.
- En ese orden de ideas, LA ASEGURADORA compartirá, transferirá o transmitirá los datos personales a proveedores de LA ASEGURADORA como ajustadores, abogados, médicos, digitadores, firmas de asistencia y call centers y, en general, con terceros con quienes LA ASEGURADORA sostiene relaciones jurídicas y/o comerciales relativas todas ellas al contrato de seguro, a los servicios que se desprenden del mismo y a otros productos y servicios relacionados con el objeto social de LA ASEGURADORA. En cada uno de esos casos LA ASEGURADORA incluirá un texto o adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación.
- LA ASEGURADORA también podrá compartir, transferir o transmitir los datos personales a compañías afiliadas para las finalidades establecidas en la presente autorización. LA ASEGURADORA adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación.
- La autorización que se otorga por medio de este documento incluye el tratamiento de datos sensibles relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Tales datos sensibles incluyen datos de la salud. Para estos efectos, LA ASEGURADORA observará lo previsto en la Regulación sobre la materia. El ASEGURADO ha sido informado sobre el carácter enteramente facultativo del tratamiento de los datos sensibles.
- LA ASEGURADORA podrá utilizar los datos personales del ASEGURADO para fines relacionados con actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios propios del objeto social de LA ASEGURADORA. A su turno, LA ASEGURADORA no utilizará los datos personales del ASEGURADO para fines relacionados con actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios de terceros que no tengan una relación contractual con LA ASEGURADORA.
- LA ASEGURADORA adoptará las medidas físicas, técnicas y tecnológicas necesarias para asegurarse que los datos personales del ASEGURADO se encuentren en adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad.
- LA ASEGURADORA otorgará al ASEGURADO la oportunidad para conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos personales, o revocar su consentimiento siempre que no exista una obligación legal o contractual que implique que sus datos personales deban permanecer en la base de datos, así como para ejercer los derechos previstos en la Regulación de acuerdo con los procedimientos contemplados en la misma Regulación y en las Políticas de Privacidad de la ASEGURADORA que se encuentran publicadas en www.chubb.com/co.
- Tales derechos del ASEGURADO podrán ser ejercidos enviando una comunicación escrita a la dirección de correo electrónico servicioalcliente.co@chubb.com.
- Por el hecho de ingresar y navegar posteriormente en la página Web de la ASEGURADORA, de pagar la prima de seguros correspondiente o de desplegar cualquier conducta adicional que señale de manera inequívoca su voluntad de prestar el consentimiento, LA ASEGURADORA entenderá que ASEGURADO ha otorgado la autorización necesaria para el tratamiento de sus datos personales en los términos previstos en este documento.
- En caso de recibir una orden judicial o administrativa de cualquier autoridad competente relacionada con datos personales del ASEGURADO, LA ASEGURADORA procederá de acuerdo con lo previsto en la Regulación sobre el particular.
- A la terminación del presente contrato por cualquier causa, LA ASEGURADORA se abstendrá de utilizar los datos personales del ASEGURADO para cualquier fin diferente al que éste autorice y las exigidas por la ley aplicable. LA ASEGURADORA adoptará las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para garantizar que los datos personales del ASEGURADO no se utilizarán para un fin diferente, pudiendo acordar con el ASEGURADO la eliminación definitiva de los datos personales de los archivos y registros de LA ASEGURADORA.
- Si dentro de las actividades relacionadas con o derivadas del presente documento y, en general, del contrato de seguro, el ASEGURADO debe suministrar a LA ASEGURADORA datos personales de terceros con quienes sostiene una relación familiar, laboral, contractual, jurídica o comercial de cualquier clase, se entenderá para todos los efectos que el ASEGURADO ha desplegado conductas inequívocas a fin de demostrar que esos terceros han prestado su debido y oportuno consentimiento para la recolección, administración y tratamiento de datos personales en los términos y para los propósitos previstos en este documento.

Firma Asegurado: _____

- En virtud de la relación jurídica y/o comercial que se desprende de este documento, el ASEGURADO expresamente presta su consentimiento para que LA ASEGURADORA pueda transferir y/o transmitir los datos personales a empresas que se encuentran ubicadas en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos de América, con las que LA ASEGURADORA sostiene una relación contractual por pertenecer al mismo grupo comercial de empresas. Esas empresas ubicadas en el extranjero prestarán servicios a LA ASEGURADORA principalmente en materia de realización de copias de seguridad (back-up) y análisis estadístico, administrativo, financiero y/o comercial de la información. Para estos propósitos LA ASEGURADORA implementará las gestiones y procedimientos a que haya lugar de acuerdo con la Regulación, garantizando en todo caso el derecho del ASEGURADO a que esa información se almacene en condiciones de seguridad y a solicitar a LA ASEGURADORA la actualización o rectificación de la misma cuando a ello hubiere lugar de acuerdo con lo previsto en la Regulación.

Firma Asegurado: _____

Cuestionario COVID-19

Responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible:

- ¿Ha sido vacunado con la dosis completa de una vacuna COVID-19 oficialmente aprobada?

Sí No

- Indicar Fecha de la última dosis con la que completo el esquema de vacunación
-

- ¿Usted y / o alguno de los miembros de su familia dieron positivo por COVID-19 o están esperando los resultados de dicha prueba o se les ha recomendado que estén en cuarentena debido a COVID-19?

Sí No

- ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?

- Alguna fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar
- Malestar (cansancio similar a la gripe)
- Rinorrea (secreción de moco de la nariz)
- Dolor de garganta
- Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y / o diarrea.

En caso afirmativo, a cualquiera de ellos, indique cuál y proporcione la información completa.

- En los próximos 3 meses, ¿tiene la intención de viajar fuera del país?

Sí No

- ¿Ha viajado fuera del país en las últimas 4 semanas?

Sí No
