

	DATOS DEL TOMADOR  RAZÓN SOCIAL  CIUDAD / MUNIO  INFORMACIÓN DEL ASEGURAD  EXPEDICIÓN:	CIPIO:	ľ	DEPARTAMENTO:										
TELÉFONO:	CIUDAD / MUNIO	CIPIO:	ı	DEPARTAMENTO:										
II	NFORMACIÓN DEL ASEGURAD			DEPARTAMENTO:										
		0												
		TIPO DE DOCUMENTO: LUGAR DE EXPEDICIÓN:												
			FECHA DE DÍA MES AÑO EXPEDICIÓN:			io 								
SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBE	RIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:										
TELÉFONO/FA	TELÉFONO/FAX: CIUDAD / MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:											
TELÉFONO CI	TELÉFONO CELULAR: OTRO TELÉFONO / FAX:		NACIONALIDAD:											
MES AÑO M	F   _	o UIUDO	SEPARAL	DO DIVORCIADO	UNIC	ÓN LIBRI								
	DEPO	RTES QUE PRACT	ICA:											
ZURDO	AMBIDIESTRO													
	VALOR ASEGURADO \$		I .											
DECLARAC	CIÓN DE ASEGURABILIDAD A	SEGURADO												
ıalmente de alguna enfer	rmedad o incapacidad relac	ionada con lo	siguiente?											
SI N	10	SI NO			SI	NO								
Arritmas	Aneurismas Cerebra	es 🗌 🗎	Cataratas											
Diabetes Mellitus	Trauma Medular		Desprendi	niento de Retina										
Anemia	Parkinson		Ceguera											
Hemofilia	Guillen Barre		Hipoacusia	l										
EPOC	Esclerosis Multiple		Disfonía Cı	ónica										
Asma	Depresión		Insuficienc	cia Renal										
Fibrosis Pulmonar	Ansiedad		Hepatitis B	.C o Delta										
	_			,										
	-			M										
						_								
ACV		_	Enfermeda											
	TELÉFONO C  TELÉFONO C  MES AÑO M  ZURDO   DECLARAC  L'ALIMENTE de alguna enfer  SI M  Arritmas	TELÉFONO/FAX:    TELÉFONO CELULAR:   OTRO TELÉFON     TELÉFONO CELULAR:   OTRO TELÉFON     MES	TELÉFONO/FAX:    TELÉFONO CELULAR:   OTRO TELÉFONO / FAX:     MES	TELÉFONO/FAX: CIUDAD / MUNICIPIO: E  TELÉFONO CELULAR: OTRO TELÉFONO / FAX:  MES AÑO SEXO M F SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO  ZURDO AMBIDIESTRO DEPORTES QUE PRACTICA:  VALOR ASEGURADO SI NO  Arritmas SI NO SI NO  Arritmas Aneurismas Cerebrales Cataratas Diabetes Mellitus Desprendir  Anemia Parkinson Ceguera  Memofilia Guillen Barre Hipoacusia  POC Esclerosis Multiple Disfonía Co  Asma Depresión Insuficience  Fibrosis Pulmonar Ansiedad Hepatitis B  Dixigenodependencia Esquizofrenia Cirrosis  Cancer Glaucoma Trastornos  Enfermedades valvulares Enfermedad  Corazón	TELÉFONO/FAX: CIUDAD / MUNICIPIO: DEPARTAMENTO:  TELÉFONO CELULAR: OTRO TELÉFONO / FAX: NACIONALIDAD:  MES AÑO SEXO SETADO CIVIL  MES AÑO M F SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO DIVORCIADO  DEPORTES QUE PRACTICA:  VALOR ASEGURADO SINGRESOS MENSUALES \$  DECLARACTÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO  VALOR ASEGURADO SI NO  Arritmas SI NO SI NO  Arritmas Carebrales Cataratas Diabetes Mellitus Trauma Medular Desprendimiento de Retina  Anemia Desprendimiento de Retina  Desprendimiento de Reti	TELÉFONO/FAX: CIUDAD / MUNICIPIO: DEPARTAMENTO:  TELÉFONO CELULAR: OTRO TELÉFONO / FAX: NACIONALIDAD:  MES AÑO SEXO ESTADO CIVIL M F SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO DIVORCIADO UNIC  ZURDO AMBIDIESTRO DEPORTES QUE PRACTICA:  VALOR ASEGURADO \$  SI NO								

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO													
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.						
1.													
2.													
3.													
4.													
	AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO												
Autorizo de manera expresa y voluntaria a <b>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA</b> , o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.													
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES													
Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <a href="https://www.aseguradorasolidaria.com.co">www.aseguradorasolidaria.com.co</a> ; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.  Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada,													
directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Extérior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA.  a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.  SI NO													
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.													
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.													
d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.													
			CI ÁUSUI A D	F ASESORÍA									
"Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo."													
			FIRMA Y	HUELLA									
Par	a efectos de la pres	sente solicitud, declaro expre	esamente lo siguiente:										
1. F	Poseo pólizas de seg	guro vigentes con extraprima	as.			SI	□ NO□						
2. I	2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.												
	Tanto mi profesión que afecten mi inte	u oficio declarados en la pre egridad.	esente solicitud, son lícitas	y las ejerzo dentro de los m	arcos legales y no practic	o deportes o	aficiones						
4. l	os dineros utilizado	os para pagar la prima de se	guros no provienen de ningı	una actividad ilícita de las co	ntempladas en el Código P	enal Colombia	ino.						
		contenidas en este documer ticencia en ellas tendrán las				lo tanto, la f	alsedad,						
Cor	mo constancia de ha	aber leído, entendido y acept	tado lo anterior, declaro que	la información que he sumi	nistrado es exacta en toda	s sus partes y	se						
firmo el presente documento a los días del mes de del año en la ciudad de													
N	IOMBRES Y APEL	LIDOS DEL SOLICITANTE	FIRMA SOI C.C.	LICITANTE	-	HUELLA ÍNDICE DERECHO							