

1. TOMADOR

Razón Social	Nit	Dirección	Teléfonos
Correo Electrónico	Ciudad	Departamento	Producto
			Póliza Número

2. DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos		Tipo y número de identificación		Fecha de expedición del documento de Identificación		Fecha Nacimiento		Edad
Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso	Estatura	Teléfonos	Profesión		Actividad u Oficio que desempeña		
Dirección de residencia		Zona Urbana <input type="checkbox"/>	Ciudad / Municipio		Departamento		País	
		Zona Rural <input type="checkbox"/>						
Correo Electrónico		Tiene seguros de vida grupo vigentes en esta u otra compañía, o lo ha solicitado en los últimos 6 meses? Indique						

3. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

YO, EL ABAJO FIRMANTE DECLARO QUE: (Marco con una X)

1. No conozco mí me han diagnosticado algún tipo de enfermedad, por lo tanto, me encuentro en buen estado de salud
2. Padezco o he padecido de enfermedades que continuación marco con X

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón- Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los ojos, oídos, nariz, garganta |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Pulmonares- Respiratorias- Asma- tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedades cerebrovasculares |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas- Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas o terminales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales- Genitourinarias | <input type="checkbox"/> Deformidades o Malformaciones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Muscoesqueléticas- Reumatismo- Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Nerviosas o Mentales | <input type="checkbox"/> Bocio- Diabetes- sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Cáncer u otros tumores | Otras. ¿Cuáles? _____ |

Ha padecido o padece alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente?

En caso de haber padecido alguna enfermedad por favor detalle a continuación

Enfermedad	Año en que fue diagnosticada	Tratamiento
Enfermedad	Año en que fue diagnosticada	Tratamiento
Esta usted embarazada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuantos Meses
		A que EPS se encuentra afiliada(o)
Consumo actualmente algún medicamento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cual

Declaro que la información reportada es cierta y en caso de no serla se producirá la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos establecidos en el artículo 1058 del código de comercio

Si el cliente declara alguna enfermedad o algún medicamento, debo solicitar autorización a Colsanitas Seguros

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TD	No. de Doc.	GENERO	F. DE NACIMIENTO			NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	%
			Día	Mes	Año				

Crédito No.	Valor Asegurado Inicial o Valor del préstamo inicial	Plazo del Crédito
-------------	--	-------------------

Solicitud de incremento de Valor Asegurado SI NO Valor

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad sobre protección de datos, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la sociedad Compañía de Seguros Colsanitas da con NIT. 901.469.580-2 en adelante la "Compañía", la cual hace parte del Grupo Empresarial Keralty y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mi información personal y/o los datos personales de la persona que represento, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y el Aviso de Privacidad disponibles en www.colsanitasseguros.com con las siguientes:

1. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.- Además de aquellas que sean autorizadas por la Constitución, la ley y el objeto social de la Compañía, los datos serán tratados para: (i) Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa pre-contractual, contractual (incluida la afiliación, vinculación y ejecución del contrato o servicio, según corresponda) y post-contractual de la Compañía, respecto de cualquiera de los servicios y/o productos ofrecidos por esta, que haya o no adquirido o respecto de cualquier relación comercial o contractual subyacente que tenga con cualquiera de las empresas del Grupo Empresarial Keralty, terceros aliados o cuando así se requiera, así como para dar cumplimiento a la ley y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; (ii)

Realizar el tratamiento de los datos personales, incluyendo datos sensibles relacionados con mi estado de salud y biométricos (propios o de la persona que represento, incluyendo datos de menores de edad), para lo cual me ha sido informado que este tipo de autorización es facultativa, así como responder a preguntas de datos sensibles, con la finalidad de prestar los servicios, garantizar la seguridad de los bienes y de las personas que accedan a las instalaciones de la Compañía, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y/o Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales, establecer condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, el cumplimiento de las normas que lo regulan, así como para realizar actividades propias del objeto social de la Compañía, incluidas pero sin limitarse a actividades corporativas, administrativas, verificación de identidad, autenticación de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza y/o red de distribución entre las empresas del Grupo Empresarial Keralty cuando así lo requiera; (iii) Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos, correspondencia), realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción y calidad de servicios respecto de los bienes y servicios de la Compañía o el Grupo Empresarial Keralty, así como a los aliados comerciales de la Compañía; (iv) Dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales incluyendo datos sensibles, relacionados con mi estado de salud y biométricos, dentro y fuera del país, a la matriz o a cualquier empresa miembro del Grupo Empresarial Keralty, del cual forma parte la Compañía, así como a contratistas, instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales de la salud, aseguradoras, entidades financieras, entes de control, a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera para actividades propias de la prestación del servicio y/o bien a suministrar o para implementar servicios de computación en la nube; (v) Consultar a cualquier prestador de servicios de salud, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) o centrales de riesgo, para que en cualquier momento, la Compañía pueda acceder a la información sobre mi estado de salud u otros datos personales, así como acceder y consultar los datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier entidad privada o pública; en consecuencia, autorizo a dichas entidades para que entreguen a la Compañía copia de toda la información que sea necesaria o requerida por estas, para la adecuada prestación de los servicios conforme al objeto social de la Compañía; (vi) Contactar y enviar a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), físicos, virtuales o personales, información relacionada con la prestación del servicio, mi estado de salud o información de cualquier producto o servicio ofrecido por la Compañía y/o cualquier empresa miembro del Grupo Empresarial Keralty; así como para realizar cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios, avisos, propaganda, fidelización o publicidad sobre los productos y/o servicios, envío de noticias, extractos, estados de cuenta o facturas con las obligaciones derivadas del contrato celebrado con la Compañía y/o empresas pertenecientes al Grupo Empresarial Keralty, de acuerdo con la presente autorización y la legislación aplicable vigente; (vii) Suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial y/o red de distribución, telemarketing, investigación de mercados, proveedores y prestadores, a las demás empresas del Grupo Empresarial Keralty o a los corredores, agentes y agencias de seguros con los cuales la Compañía tenga un vínculo lícito; (viii) Acceder y consultar la información que repose o esté contenida en bases de datos o archivos de cualquier entidad privada o pública (como los Ministerios, Departamentos administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Policía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, Tribunales, altas Cortes, entre otros) ya sea nacional, internacional o extranjera; (ix) Suministrar a las asociaciones gremiales los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información de los sectores salud, asegurador y financiero según aplique; (x) Crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto datos sensibles, como datos relacionados a la salud o biométricos) para fines estadísticos, de investigación, estudios de riesgos, desarrollo de nuevos productos o servicios para cualquiera de las finalidades anteriormente mencionadas; (xi) Dar a conocer mis datos personales y/o de la persona que represento (menores de edad, quienes tendrán una protección reforzada), con las empresas que conforman el Grupo Empresarial Keralty para las funciones propias derivadas del objeto social de cada una de ellas, para lo cual es facultativo el autorizar su tratamiento y/o responder a preguntas de datos sensibles. (xii) Para ofrecer nuevos productos y servicios comerciales de cualquiera de las empresas del Grupo Empresarial Keralty y/o compartir información con otras compañías con las cuales se tengan alianzas, convenios o vínculos lícitos relacionados con promocionar sus actividades comerciales, atención de reclamaciones y en general gestión comercial, como programas de prevención y promoción de la salud; (xiii) Para realizar gestiones financieras, sin limitarse a registros de cobranza o ante centrales de información y análisis de riesgos con la finalidad de reportar los datos del comportamiento crediticio y financiero; (xiv) Para realizar gestiones de seguridad, bases de datos con fines de video vigilancia, SV, circuitos cerrados de televisión (CCTV), cámaras de seguridad implementadas a fin de garantizar la seguridad de los bienes y las personas que acceden a las instalaciones de cualquiera de las empresas pertenecientes al Grupo Empresarial Keralty y/o para utilizar dicha información en diferentes procesos legales, tales como investigación para fraudes y prevención del mismo, así como para suministrar dicha información a las autoridades públicas que lo soliciten; (xv) Suministrar información a instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales de la salud, entidades financieras, aseguradoras, con los cuales la Compañía tenga relación contractual o comercial, cuando sea necesario o conveniente entregársela para el cumplimiento del objeto contratado, mejorar sus resultados o efectividad y/o por el desarrollo de alguna alianza comercial; (xvi) Para adelantar los procesos de reconocimiento, pago de siniestros y demás trámites a fin de gestionar pólizas de seguros y/o servicios adicionales, cuando se hubiese pretendido suscribir o al haberse suscrito un contrato de seguro.

2. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN.- Declaro además que la Compañía me ha informado de forma clara y precisa: (i) Que mis derechos como Titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, (siempre que no exista un mandato legal o contractual para continuar con el tratamiento), por lo tanto, los datos serán tratados para las finalidades señaladas, durante el periodo que subsista la relación con la Compañía y cinco (5) años más, a menos que exista algún deber legal o contractual de permanecer en la base de datos por un periodo adicional; (ii) Que es opcional responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, los cuales serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores y; (iii) Que mis derechos

los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por la Compañía como responsable del tratamiento de datos, observando la Política de Tratamiento de Información.

3. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.- Que el responsable del Tratamiento de la información es la Compañía, según corresponda.

4. CANALES DE COMUNICACIÓN.- Los canales dispuestos para ejercer los derechos al Tratamiento de datos personales de usuarios son: en www.colsanitasseguros.com y para Keralty S.A.S. y/o demás empresas del Grupo Empresarial Keralty en www.keralty.com; a través de la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 4871920 o fuera de Bogotá D.C. en el 018000979020, o mediante comunicación escrita dirigida al Oficial de Protección de Datos Personales, a la dirección calle 100 No. 11B-67 de la ciudad de Bogotá o a través de correo electrónico a: datospersonales@keralty.com.

5. AUTORIZACIÓN: Por último, manifiesto que me comprometo a leer y consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales y el Aviso de Privacidad. Y autorizo el tratamiento de datos y a la Compañía a modificar o actualizar el contenido de la Política (contenidas en las páginas web mencionadas en el punto 4*), con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios y/o productos, dando aviso previo por medio de dicha página y/o por correo electrónico.

He leído, acepto y autorizo el manejo de la política y tratamiento de datos

Firma: _____

AUTORIZACIÓN HISTORIA CLÍNICA

El Tomador y/o Asegurado, autoriza(n) expresamente a la Compañía de Seguros Colsanitas S.A. (en adelante la "Compañía"), para verificar, acceder y solicitar ante cualquier persona natural o jurídica que les haya brindado atención médica u odontológica, la historia clínica y todos aquellos documentos que en ella se registren o lleguen a ser registrados, con las siguientes finalidades: (i) Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa pre-contractual, contractual (incluida la afiliación, vinculación y ejecución del contrato o servicio, según corresponda) y post-contratual, respecto de cualquiera de los servicios y/o productos ofrecidos por la Compañía, (aun cuando estos no hayan sido adquiridos), así como para dar cumplimiento a la ley o a las órdenes de cualquier autoridad judicial o administrativa; (ii) Prestar los servicios contratados, establecer condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, dar cumplimiento a las normas que lo regulan, y realizar actividades propias del objeto social de la Compañía, incluidas pero sin limitarse a actividades corporativas, administrativas, verificación de identidad, autenticación de información, peticiones, recaudos y cobranzas; (iii) Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos y correspondencia en general), realizar análisis de riesgos, efectuar encuestas de satisfacción y calidad de servicios respecto de los bienes y servicios ofrecidos por la Compañía; (iv) Cumplir con el objeto contratado, el cual se enmarca dentro del objeto social de la Compañía; (v) Adelantar los procesos de reconocimiento, pago de siniestros y demás trámites, a fin de gestionar pólizas de seguros y/o servicios adicionales y/o asociados, cuando se hubiese pretendido suscribir o al haberse suscrito un contrato de seguro; (vi) Revisar y/o validar la aplicación de preexistencias, exclusiones, periodos de carencia y/o cualquier limitación a las coberturas del contrato de seguro; y (vii) Revisar la concurrencia de seguros con otras compañías aseguradoras.

Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de la historia clínica del Tomador y/o Asegurado, aún después de su muerte. Por tanto, el Tomador y/o Asegurado renuncia(n), a todas las disposiciones de la deontología médica, de Ley y/o de jurisprudencia que prohíban a los médicos y cirujanos, clínicas o centros asistenciales que los hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

La presente autorización tendrá validez mientras se encuentre vigente el contrato de seguro suscrito entre las partes o se encuentre en curso algún proceso judicial derivado del mismo y, en todo caso, hasta que opere el término de prescripción contemplado en el artículo 1081 del Código de Comercio. La anterior declaración se hace por parte del Tomador y/o Asegurado para efectos de descartar cualquier negativa por parte de los prestadores, aduciendo cualquier reserva contemplada en las normas y/o jurisprudencia aplicables

Firma: _____

CONSIDERACIONES

El TOMADOR es responsable por el pago de la prima del seguro. El valor de prima que debe ser pagado será el indicado en la caratula, certificado o anexo de la póliza. De acuerdo con lo establecido en el artículo 1152 del Código de Comercio, efectuado el pago de la prima inicial de la póliza y, respecto de agos subsiguientes, el TOMADOR podrá pagarlos en los plazos establecidos con la COMPAÑIA y hasta un (1) mes adicional a la fecha de cada vencimiento. Lo anterior, teniendo en cuenta que el pago de la prima (O de su primer instalamento, en caso de pago fraccionado) es condición indispensable para el inicio de la vigencia del contrato de seguro por lo anterior, se entiende que el plazo otorgado de un (1) mes, únicamente se concede para el pago de la segunda prima y subsiguientes. Durante el periodo concedido para el pago de la prima, la póliza está vigente, de manera que, si el ASEGURADO fallece durante dicho tiempo, LA COMPAÑIA pagará el valor asegurado correspondiente, deduciendo la cuotas pendientes de prima hasta concurrencia del valor de la anualidad respectiva pendientes de pago.

El no pago de la prima dentro de los plazos arriba señalados producirá la terminación del contrato, conforme al Artículo 1152 y ibidem, circunstancia de la cual será informado por escrito al beneficiario oneroso.

PARAGRAFO: De acuerdo con lo establecido en el artículo 1153 de Código de Comercio, el contrato de seguro no se entenderá terminado una vez que hayan sido cubiertas las primas correspondientes a los dos (2) primeros años de su vigencia, sino cuando el valor de las primas atrasadas y el de prestamos efectuados con sus intereses, excedan del valor de sesión o rescate.

La presente solicitud de seguro no constituye aceptación o asunción de riesgos por parte de Compañía de Seguros Colsanitas S.A, lo cual indica que el contrato quedará sujeto a la evaluación de la información aquí contenida y a la aceptación expresa y por escrito por parte de la COMPAÑIA.

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2.0 _____ .

Huella Dactilar
Índice Derecho

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. No.

Compañía de Seguros Colsanitas S.A.

Nit 901.469.580-2 Gran Contribuyente IVA Régimen Común Agente Retenedor IVA

Calle 100 # 11B - 67

Teléfono 57 (1) 6466060 Bogotá D.C.

Defensora del Consumidor Financiero Principal: Camila Andrea Ustáriz Aarón.

Defensor del Consumidor Suplente: Camilo Alejandro Carreño Barrenche

Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalccr.com

Dirección: Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C., Horario: de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Teléfono: 6016108164, Página web: <https://legalccr.com/>