



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN AL SEGURO DE VIDA GRUPO

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRUPO

DEUDORES

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

PÓLIZA		FECHA DE SOLICITUD		DÍA	MES	AÑO						
TOMADOR			C.C. o NIT.									
DIRECCIÓN					CIUDAD							
DATOS DEL SOLICITANTE												
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			C.C.					
OCUPACIÓN DETALLADA				FECHA DE NACIMIENTO		SEXO						
				D D	M M	A A A A	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
DIRECCIÓN			TEL.:	INGRESOS MENSUALES		VALOR ASEGURADO						
				\$		\$						
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD												
"La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"												
1. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?												
Presión Arterial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Corazón	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Riñones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
										Infección por V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo por favor amplíe. _____												
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?, ¿cuál? especifique: _____												
3. Ha tenido, o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido enfermedades, accidentes o lesiones que hayan tenido que ser tratadas medicamente o que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente ?, especifique: _____												
4. Peso (Kg) <input type="text"/> Estatura (Mts) <input type="text"/>												
5. A que EPS, IPS esta afiliado. EPS _____ IPS _____												
6. En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> especifique _____												
7. 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. _____												
8. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso afirmativo, especifique. _____												
Las actividades a las que se dedica son lícitas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso negativo especifique: _____												
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.												
DATOS DEL BENEFICIARIO												
SI ES PÓLIZA DE DEUDORES EL BENEFICIARIO SERA EL TOMADOR HASTA POR EL SALDO DE LA DEUDA												
DATOS DEL BENEFICIARIO VOLUNTARIOS												
NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS BENEFICIARIOS							%	PARENTESCO				

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S. A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA** e **INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, Intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que **LAS ASEGURADORAS** me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página www.segurosdeleestado.com. Igualmente, me comprometo a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico info@segurosdeleestado.com.

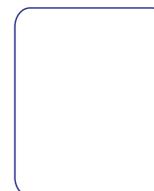
IMPORTANTE

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SINO HASTA QUE SE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, 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 MAS ONEROSAS. ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

YO _____ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO A NOMBRE PROPIO MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO 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 MAS 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 DIAGNOSTICO, 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



HUELLA
INDICE
DERECHO

FIRMA DEL CLIENTE

CC _____ DE _____

Solicitud de Servicios · persona natural ·

Afiliación: Nuevo Reingreso

Crédito Codeudor

Médico General Especialista Clínico Especialista Administrativo Interno Residente

Línea de crédito a solicitar	
Libre inversión: <input type="checkbox"/>	Tipo de garantía:
Residente: <input type="checkbox"/> N° de desembolsos _____	Personal <input type="checkbox"/> Deudor Solidario <input type="checkbox"/>
Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Valor por desembolso \$ _____	Prenda Vehículo <input type="checkbox"/> Inmueble <input type="checkbox"/>
Monto total del crédito \$ _____	Plazo _____

Datos deudor solidario	
Deudor solidario: Asociado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre y apellido del asociado quien respalda _____	
N° de identificación: _____	

Datos personales y familiares							
Apellidos				Nombres			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N° _____	Lugar y fecha de expedición			MM	DD	AAAA	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de vencimiento C.E.	MM	DD	AAAA	Fecha y lugar de nacimiento	MM	DD	AAAA
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		N° de hijos _____					
N° de personas a cargo _____							

Datos cónyuge o compañero permanente		
Nombres y apellidos:		Celular:
Dirección:	Teléfono fijo:	Es asociado a COMEDAL Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Direcciones							
Dirección residencia			Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	Departamento	Ciudad		
Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico personal		Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Estrato	
Dirección laboral o del consultorio		Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	Departamento	Ciudad	Teléfono fijo	Correo electrónico laboral	
Datos envío de correspondencia: Residencia <input type="checkbox"/> Laboral o consultorio <input type="checkbox"/> Envío solo por correo electrónico <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>							

Estudios			
Médico residente actualmente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Médico interno actualmente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Título Pregado:	Universidad:	Año graduación	Acta
Especialización Clínica:	Universidad:	Año graduación	Acta
Sí <input type="checkbox"/> Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>			
Especialidad Administrativa:	Universidad:	Año graduación	Acta
Sí <input type="checkbox"/> Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>			

Información laboral			
Ocupación:	Empleado <input type="checkbox"/>	Pensionado y/o jubilado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
Nombre empresa 1	Cargo	Teléfono	Ingreso mensual \$ _____
Nombre empresa 2	Cargo	Teléfono	Ingreso mensual \$ _____

Información independiente o rentista de capital			
Descripción de la actividad principal:			Ingreso mensual \$ _____
Nombre de la empresa:	Nit:	Dirección:	Teléfono:

Información financiera			
Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Laborales	\$ _____	Arrendamiento	\$ _____
Honorarios	\$ _____	Obligaciones bancarias (mensual)	\$ _____
Otros	\$ _____	Gastos familiar/personal	\$ _____
Total ingresos mensuales	\$ _____	Otros egresos	\$ _____
		Total egresos mensuales	\$ _____
Relación de Activos		Relación de Pasivos	
Inmueble <input type="checkbox"/> Dirección _____		Saldo de Créditos \$ _____	
Ciudad _____ Valor Comercial \$ _____		Consumo <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/>	
Vehículo <input type="checkbox"/> Marca _____ Modelo _____		Saldo Tarjeta de Créditos \$ _____	
Valor Comercial \$ _____		Cupo de sobregiros \$ _____	

Referencias		
Personal		
Nombres y apellidos	Teléfono fijo:	Número celular:
Familiar		
Nombres y apellidos	Teléfono fijo:	Número celular:

Declaración de origen y destino de fondos	
Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal:	País de origen de los fondos:
Operaciones Internacionales Realiza operaciones en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuales _____ Posee cuenta de moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> Banco _____ Moneda _____ N° de cuenta _____ Ciudad _____ País _____	

Entrevista SARLAFT
1. Es funcionario público. SI ____ NO ____ Entidad _____
2. Maneja recursos públicos. SI ____ NO ____ Entidad _____
3. Es líder de alguna comunidad pública o privada. SI ____ NO ____ Entidad _____
4. Tiene parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad en:
a. Funcionario público: SI ____ NO ____ Parentesco _____
b. Persona que maneja recursos públicos: SI ____ NO ____ Parentesco _____
c. Reconocimiento público como artista, sacerdote, líder de comunidad: SI ____ NO ____ Parentesco _____
5. Sabe usted que significa una persona públicamente expuesto (PEP)? SI ____ NO ____

Autorización tratamiento de datos personales
Autorizo a COMEDAL para que los datos recopilados en este documento, se utilicen únicamente para las finalidades publicadas en la política de tratamiento de datos personales en la página web corporativa, los cuales serán tratados y protegidos de acuerdo con lo reglamentado en nuestras políticas con apego a las normas colombianas vigentes sobre tratamiento de datos personales, Ley 1581/2012 y demás decretos reglamentarios.
Estoy informado de mi obligación de actualizar y/o verificar cada que se requiera la información que solicite la Cooperativa por cada producto o servicio que utilice. Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo. Ley 1266 de 2008 (Habeas Data).

Apertura de ahorros
La cuenta de ahorros se hace al momento del ingreso del asociado
Autorizar el envío de tarjeta débito: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ahorro programado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual _____
Plazo (meses) _____ Monto mensual \$ _____ Fecha de inicio _____

Autorización desembolso y débito automático
Autorizo a la Cooperativa Médica de Antioquia para realizar traslado a mi Cuenta de AHORROS COMEDAL número _____ . Correspondiente al desembolso del crédito.
Autoriza débito automático Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A partir de la fecha de desembolso _____

CERTIFICACIÓN. La información recibida fue clara, veraz y oportuna y los formatos entregados adjuntos a este documento fueron diligenciados en su totalidad bajo mi responsabilidad. Autorizo a COMEDAL a realizar las debidas verificaciones.	Huella
Firma _____	
Cédula _____	

Para uso exclusivo de COMEDAL
Para Reingreso
Retiro voluntario <input type="checkbox"/> Exclusión <input type="checkbox"/> Año _____ Acta _____ Motivo de retiro _____

Documentos requeridos	Empleado	Independiente	Jubilado
• Copia documento de identidad al 150%, sólo deudor solidario externo	X	X	X
• Carta laboral no mayor a dos meses.	X		
• Últimas dos colillas de pago.	X		X
• Extractos bancarios (últimos 3 meses)	X	X	X
• Certificado de ingresos y retención/declaración de renta.		X	
• Copia de contrato de arrendamiento, contrato de servicios		X	X
• Resolución de pensión			X