

\*Estos campos serán diligenciados por la Compañía

SUCURSAL:	USUARIO:	TIP CERTIFICADO:
Ingreso <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>	Fecha de Solicitud
		Día    Mes    Año

**Recomendaciones:** Use sólo esfero de tinta negra. Escriba en forma legible y clara las letras y los números con el fin de evitar inconsistencias en su información. No presente su formulario con tachones, enmendaduras ni borrones. Le recordamos la importancia de declarar el verdadero estado de salud al momento de diligenciar esta solicitud de seguro. Favor leer con detenimiento la declaración de asegurabilidad y demás información contenida en la presente solicitud de seguro.

**INFORMACIÓN DEL TOMADOR**

Póliza No.	Razón Social de la Entidad Tomadora
Tipo de Identificación	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>
Número de Identificación	
Dirección	Teléfono
Ciudad	

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Primer Nombre	Segundo Nombre / Otros Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido / Otros Apellidos
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Fecha de Nacimiento
		Día    Mes    Año	Día    Mes    Año
País de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Ciudad de Residencia
Correo Electrónico		Teléfono	Celular
Ocupación Actual		Actividad principal	
Deportes que Practica		Frecuencia	Estatura (Mts.)    Peso (Kgs)
Fuma    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuantos Cigarrillos Diarios	Bebe Alcohol    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Frecuencia

Valor Asegurado \$

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Marque con una X si usted sufre, ha sido tratado o está siendo tratado por alguna de las siguientes enfermedades:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón            | <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Cirrosis  | <input type="checkbox"/> Pérdida o inutilización de miembros inferiores o superiores. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro - vascular     | <input type="checkbox"/> Lupus  | <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C o D                              | <input type="checkbox"/> Gastrointestinales   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva   | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                                | <input type="checkbox"/> Drogadicción   |
| <input type="checkbox"/> Crónica (EPOC bronquitis crónica) | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple  | <input type="checkbox"/> Enfermedades genéticas y/o congénitas           | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial  |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Enfermedades siquiátricas                                    | <input type="checkbox"/> Ceguera Total                                   | <input type="checkbox"/> Tabaquismo   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      | <input type="checkbox"/> Diabetes (en tratamiento con insulina o medicamentos orales) | <input type="checkbox"/> Sordera Total                                   | <input type="checkbox"/> Alcoholismo  |
| <input type="checkbox"/> Aneurismas                        | <input type="checkbox"/> Trasplantes  | <input type="checkbox"/> Pérdida o inutilización de una mano o de un pie | <input type="checkbox"/> Enfermedades nerviosas                                       |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal               |   |  | <input type="checkbox"/> Otras  |
| <input type="checkbox"/> VIH - Sida                        |   |  |   |

¿Ha padecido, padece o está siendo tratado de alguna enfermedad diferente a las enunciadas arriba?

SI     NO

¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica?

  

¿Ha padecido accidentes que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación?

  

¿Tiene proyectada alguna hospitalización, exámen o intervención quirúrgica?

  

¿Está embarazada?

  

¿Ha contraído el covid-19 o se encuentra en aislamiento por sospecha de contagio por covid 19?

  

¿Durante los últimos 14 días, ha presentado síntomas como: tos, dificultad para respirar, fatiga,

debilidad, fiebre, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolor muscular y falta de apetito?

  

¿Usted esta vacunado contra el covid-19?

  

¿Las actividades a las que se dedica son LÍCITAS y no generan riesgo contra su vida?

  

Tiempo de gestación \_\_\_\_\_

Fecha de vacunación \_\_\_\_\_

En caso de haber padecido una enfermedad de las mencionadas anteriormente u otra distinta, por favor explique:

Enfermedad	Fecha diagnóstico	Tratamiento

**INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

Tipo	Identificación	Nombre	Apellidos	Parentesco	% Participación	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	PEP

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivo (Pesos)
Patrimonio (Activos - Pasivos, Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto Otros Ingresos Mensuales	

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA**

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos:

**Persona Públicamente Expuesta (PPE):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta? SI  NO  ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI  NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PPE y vinculados

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI  NO

¿Es Usted Sujeto de Obligaciones Tributarias en Otro País o Grupo de Países? SI  NO  Indique:

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE**

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo/ Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación
3		C.C.					
3		C.C.					

\* Vínculo/Relación

- Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
- Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
- Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIÓN:**

DECLARO QUE HE LEÍDO, ENTENIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO, QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE LA PÓLIZA SE OTORGARÁ EN CONSIDERACIÓN A LA VERACIDAD DE ESTAS DECLARACIONES; Y QUE, EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR CON LA REALIDAD, EL SEGURO DE VIDA QUEDARÁ VICIADO DE NULIDAD EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. QUE CUENTO CON TODAS LAS AUTORIZACIONES NECESARIAS PARA ENTREGAR A SEGUROS CONFIANZA LOS DATOS PERSONALES SENSIBLES DE TERCEROS, TALES COMO BENEFICIARIOS (NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, ACORDE A LEY 1098 DE 2006 Y LEY 679 DE 2001 LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA). DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO DE LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES Y GARANTÍAS DEL PRODUCTO, CONOZCO Y ACEPTO LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO A QUE ACCEDE ESTA SOLICITUD QUE PUEDEN SER CONSULTADAS EN LA PÁGINA WEB DE LA COMPAÑÍA, Y QUE SERÁ OBLIGACIÓN DEL TOMADOR DAR A CONOCER A LOS ASEGURADOS LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA. SEGUROS CONFIANZA, CUMPLE LA OBLIGACIÓN DEL ARTÍCULO 1046 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CON LA ENTREGA AL TOMADOR DE LAS CONDICIONES. SERÁ RESPONSABILIDAD DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS EL INFORMARSE ACERCA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL PRODUCTO Y MANIFESTAR EN EL TIEMPO Y POR LOS MEDIOS DEBIDOS LAS DUDAS QUE TENGA AL RESPECTO.

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA. QUE MI OCUPACIÓN ESTÁ PERMITIDA POR LA LEY Y NO EJERZO ACTIVIDADES ILÍCITAS, NI DE ALTO RIESGO, QUE MIS INGRESOS PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS, PRINCIPALMENTE DE \_\_\_\_\_.

DE LA MISMA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA QUE SOLICITE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD, INFORMACIÓN DE CARÁCTER FINANCIERO, COMERCIAL Y PERSONAL, IGUALMENTE AUTORIZO(AMOS) PARA QUE CONSULTE O SE REPORTE ANTE CENTRALES, BUREAU DE CRÉDITO, O CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, NUESTRA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, QUE RESULTE DE LAS OPERACIONES QUE SE LLEVAN A CABO CON LA PÓLIZA Y DEMÁS SERVICIOS QUE SURJAN DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARO(AMOS) CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES.

AUTORIZO A CONFIANZA S.A. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN LA CALLE 82 NO. 11-37 PISO 7 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., TELÉFONO 7457777 Y CORREO ELECTRÓNICO CENTRODECONTACTO@CONFIANZA.COM.CO, PARA LA RECOLECCIÓN, ALMACENAMIENTO Y USO DE MIS DATOS PERSONALES CON LA FINALIDAD DE VINCULARME COMO CLIENTE. AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS, TENIENDO EN CUENTA QUE SE TRATA DE DATOS SENSIBLES RELACIONADOS CON MI ESTADO DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA DEFINICIÓN CONTEMPLADA EN LA LEY 1581 DE 2012, ARTÍCULO 3, PARA LAS ESPECIFICADAS EN LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE CONFIANZA, DISPONIBLE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, PARTICULARMENTE PARA EJECUTAR Y CUMPLIR EL CONTRATO DE SEGURO. ENTENDO QUE COMO TITULAR DE LOS DATOS ME ASISTEN LOS DERECHOS A: CONOCER, ACTUALIZAR Y RECTIFICAR MIS DATOS; SOLICITAR PRUEBA DE LA AUTORIZACIÓN OTORGADA; SER INFORMADO DEL USO QUE LES HA DADO A MIS DATOS; PRESENTAR QUEJAS POR INFRACCIONES A LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES; REVOCAR LA AUTORIZACIÓN Y/O SOLICITAR LA SUPRESIÓN DEL DATO Y ACCEDER EN FORMA GRATUITA A MIS DATOS PERSONALES QUE HAN SIDO OBJETO DE TRATAMIENTO. ASÍ MISMO, ENTENDO QUE DICHOS DERECHOS PUEDEN SER EJERCIDOS MEDIANTE LOS CANALES Y PROCEDIMIENTOS QUE CONFIANZA S.A. HA ESTABLECIDO EN SU POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. SIN PERJUICIO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZO A CONFIANZA PARA QUE SOLICITE Y ACCEDA A MIS HISTORIAS CLÍNICAS Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON MI ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO A LOS MÉDICOS Y ENTIDADES HOSPITALARIAS PARA QUE SUMINISTREN DICHOS DOCUMENTOS AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO Y/O PARA CONFIRMAR LAS BASES DE DATOS DE SEGUROS DE PERSONAS DE RIESGOS AGRAVADOS E INDEMNIZACIONES. AUTORIZO A CONFIANZA A TRANSFERIR/TRANSMITIR MI INFORMACIÓN A LOS TERCEROS ESPECIFICADOS EN LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE CONFIANZA S.A. PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES: ADELANTAR ACTIVIDADES Y PROYECTOS DEL SECTOR ASEGURADOR; PARA EFECTOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE FRAUDES Y SELECCIÓN DE RIESGOS, REPORTAR LOS DATOS POSITIVOS O NEGATIVOS DE MI COMPORTAMIENTO CREDITICIO Y FINANCIERO; CON EL FIN DE SER CONTACTADO PARA EL OFRECIMIENTO DE PRODUCTOS, ENVÍO DE INFORMACIÓN, OFERTAS COMERCIALES Y PUBLICITARIAS, INCLUYENDO LA TRANSMISIÓN A CUALQUIER INTERMEDIARIO DE SEGURO DE SEGUROS CONFIANZA, CUALQUIER SOCIEDAD CON LA QUE CONFIANZA HAYA CELEBRADO CONTRATOS PARA APOYAR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS, TALES COMO INVESTIGADORES, AJUSTADORES, ABOGADOS EXTERNOS, CANALES COMERCIALES, SERVICIOS PROFESIONALES, ETC, ASÍ COMO FASECOLDA E INVEFAS S.A. PARA EFECTOS DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES GREMIALES Y LEGALES.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Firma del solicitante \_\_\_\_\_  
No. Cédula \_\_\_\_\_



Huella del Solicitante Índice derecho

Firma seleccionador \_\_\_\_\_

- Aprobado
- Aplazado
- Rechazado
- Extraprima por Salud \_\_\_\_\_
- Extraprima por Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha  
Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Observaciones  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_