





SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA FEP

Commonwealth Comm	CERTIFICADO No.		PÓLIZA MAT	TRIZ A LA QUE ACCED	DE I	No.*								
Commonwealth Comm	DD MM AAAA	DAD:*				SUCUF	RSA	L:*						
Column	NOMBRE DEL TOMADOR:*											NIT:*		
SOUTH Comment Commen	NOMBRE SOLICITANTE:*	/A VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓ											1
CONTINUED DE DISTRICTION CONTINUED C	ESTADO CIVIL:* SOLTERO CASADO UNI	IÓN LIBRE	OCUPACIÓN:									TELÉFONO):	
MINISTER CONTINUED CONTI	DIRECCIÓN:		•	CORREO ELECTRÓNI	ICO	:		С	IUD	AD DE RESIDEN	NCIA:			
SOUTH A PAGE SOUTH A STATE	PESO (kg).* ESTATURA (Mts).*		AMBIDIESTRO:	DEPORTES QUE PRAG	CTIC	CA:								
PECHA ACCIDINETION FECHA ACCIDINETION PART	SOLICITA ASEGURAR CÓNYUGE		CÓNYUGE:	NUEVA VINCULACIÓN A	ACTUA	ALIZACIÓN								
PART	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:*			1 1		OCUPACIÓN:							И	F
VIDA		lo.		DD MM AAA	AA_		_							
AUSTREED REAL CASTON DE PREPIÈNE ACRES INCARACIDAD TOTAL Y PERMANENTE FOR CASTON DE 2,000,000 \$ 2,000,000 \$ 2,000,000 \$ 5,00		PERSONA:			\$		\$		\$				\$ 1	
RECEIPTION CATALON PAGE ALTON CREATED BY 18 ALTON TOTAL Y \$ 2,000.0000			NCAPACIDAD TOTA	AL Y PERMANENTE POR	\$									
Comment Comm	AUXILIO EDUCATIVO PARA HIJOS			ICAPACIDAD TOTAL Y	\$		H		l'		1.			
	AUXILIO DE CANASTA FAMILIAR F			RMANENTE POR	\$		\$		+					
EMERSANCHE CORO AMTICIFIO DEL 5004 VIDA 5 1,000.000 \$ 7,000.000 \$ 3,000.000 \$ 5,000.00	INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR				\$	10.000.000	\$	20.000.000	\$	30.000.000	\$ 40.	000.000		
Common C					\$		\$		\$		+:		_	
REITH MENSIAL FOR FELLICIPIETTO \$ 60.0000 \$ 60.00000 \$ 60.00000 \$ 60.00000 \$ 60.00000 \$ 60.00000 \$ 60.00000 \$ 60.00000 \$ 6	(Es una Extensión del amparo de		s Graves)		1.		\$		1:		1'		<u> </u>	
SOURCE OF THE PROPERTY OF TH	RENTA MENSUAL POR FALLECIMIE		OÍA DOS :	TE DEDUCE: -	+-		-		-				_	
AMEXO ADICIONAL SULP RESPECTACION ADMILIO PUNERANTO \$ 1,000,000 \$ 3,000,000 \$ 4,000,000	3 DÍAS MÁXIMO 90 DIAS				Τ.		Ļ.		Ļ.		1			
PRIMA MENSUAL PARA AMEXOS POR CADA HIDO PLAN ELEGIDO PRIMA TOTAL P	ANEXOS POR HIJO		,	UGE	Ľ		Ė		Ė		ļ.			
PRINT TOTAL \$ REINT TOTAL \$ REPORT TOTAL \$ REPORT OF THE PRINT TOTAL TOTAL SECTION OF THE PRINT TOT	VIDA CON DESTINACION ESPECIA			IEXOS POR CADA HIJO	+-		+-		+-				_	
INCREDITION DATE (1985) 1.00				PLAN ELEGIDO							ASEGI		A	
BERNISTICO DISERIO PERIORAL 1.00000 1.00000 1.000000 1.0000000 1.0000000000				PRIMA TOTAL	\$									
PRIMA TOTAL MAS ANRESO ADCICONAL \$ Note: End caso de los hijes, se oturgen únicamente los planes on declinación específica a suello finemento se acertar la INCLUSITIÓN DE CONTUCE O COMPRIGENO PREMAMENTE e HUDOS ESHIPMENT CALLON DE SANTESTA DE CONTUCE O COMPRIGENO PREMAMENTE E HUDOS ESHIPMENT CALLON DE SANTESTA DE CONTUCE O COMPRIGENO PREMAMENTE E HUDOS ESHIPMENT CALLON DE SANTESTA DE CONTUCE DE COMPRIGENCE DE CONTUCE DE COMPRIGENCE DE CONTUCE DE		VALOR ASEGUI	30.000	\$ 6.130										
SE ACEPA LA INCLUSIÓN DEL CÓMPUED O COMPAÑEDO PERMANENTE E TUDOS SIDNERS Y CALADO NO SEAN PERSONAS QUE REPRESENTEN RIESSO POLÍTICO POR DESEMPEÑA CARGOS DE ELECCIÓN POPULAR. PRANCES TRANSCO DE CONTESTO, PROFESSOR DESAMACHTE E TUDOS SIDNERS Y CALADO NO SEAN PERSONAS QUE REPRESENTEN RIESSO POLÍTICO POR DESEMPEÑA CARGOS DE ELECCIÓN POPULAR. PRANCES TRANSCO DE CONTESTO, PROFESSOR DE CALADO NO SEAN PERSONAS DE VIDADA CONTESTO. PROFESSOR A CALADO NO SEAN PERSONAS DE VIDADA CONTESTO. PRANCES TRANSCO DE CONTESTO, PROFESSOR DE CALADO DECLARACIÓN DE BENETICIARIOS POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DECLARACIÓN DE ASEGURABLICIDAD Importante: on filme sia nates les rey ventender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificas en la forma en que apavecen escritas. Por lo tarto la folsedad, omisión, error o la refeciencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 El firmante declara que la padre que (marque con una x.) la primera casalla si el as esquindo assigurado): A la fecha em encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o Declara que ha padredido no ha dio tratado entermedades o lecisiones relacionadas con lo siguiente: Enfermedad Cardiovascular Disagnación de contrato de	INCAPACIDAD TEMPORAL	\$												
SEACHT AL INTERDITO HIS CONTROL OF COMMISSION SOCIAL NINCE, DAS, TIC), TARRANDOROS DE PRESONA QUE REPRESANTEN RESCO POLÍTICO POR DESERBEÑAL CARGOS DE ELECTIÓN POPULAR. MERISAS DE AL VINCEROS POLÍTICOS POR FAVOR DILLIGENCIAR AL RESPALDO DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FAVOR DILLIGENCIAR AL RESPALDO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Importante: no firme sin antes leer y entender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y veridicas en la forma en que parecen escribas. Por lo tarto la feldedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la políza y en los Artículos 1058 El firmante declarir que firmarque con una x, la primera casilla si es asegurado principal y la segunda cosilla si es segundo asegurado): A la fecha me encuentror en buen estado de salul y mil habilidad física no se encuentra reducentror en buen estado de salul y mil habilidad física no se encuentra reducentror en buen estado de salul y mil habilidad física no la consecuencia establecidas en las condiciones generales de la políza y en los Artículos 1058 El firmante declarir que firmarque con una x, la primera casilla si es asegurado principal y la segunda cosilla si es segundo asegurado): A la fecha me encuentror en buen estado de salul y mil habilidad física no se encuentra reducentra en buen estado de salul y mil habilidad física no babetas Intermedad Cardosvaciar Dabates Antiris Mentales / Pajudatricas Cancer Antiris Litriguida de Peresistante Activar Diagnóstico, año de tartamiento y evolución En caso de no habilidad respectados desadur y mil abilidad física no compartire en las estados desadur y mil abilidad física no compartire en las entidades de securir financiero y asegurados no compartire en las entidades de securir financiero y asegurados participal	Nota: En el caso de los hijos, se otorgan i				<u> </u>									
DECLARACIÓN DE ASECURABILIDAD Importante: no firma sin antasis gier y verinder el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y veridicas en la forma en que aparecen escritas. Por lo tanto la historia, entro o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. El firmante declaró que (marque con una x, la primera casilla si es asegurado principal y la segunda casilla si es segundo asegurado): A la fecha me neucentro en buen estado de salud y mi habilidad fisica no se encuentra reducida, o pue de padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionadas con lo siguiente: Enfermedad Cardiovascular Diabetes Pipientesión Arterial Riñones Dragadicción Gastronitestinales Enfermedad Previsivante Mentales / Pejulistricias Cáncer Artitis VIII-SIDA Pulinonares Enfermedad Cerebrovascular Sociences Artitis VIII-SIDA Apulinonares Enfermedad Cerebrovascular Diabetes Pejulistricias Cáncer Artitis VIII-SIDA Apulinonares Enfermedad Cerebrovascular Diabetes Pejulistricias Accordances descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud. De tra Enfermedad Preexistente Accordance de la casa de la polizida de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsiora S.A. Compañía de Seguiros para tener acceso a mi historia clinica aún después de mifeliciemiento y a todos los datos que en elas erregistren o lleguen a ser registrados. De liqual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que repasa en sus archivos. CERTIFICANOS CERTIFICANOS CERTIFICANOS CERTIFICANOS (S.A.) aceptará la inclusión siempre que el solicitante se encuentre en buen estado de salud y que el diligenciamiento del presente documento sea di correcto, sin enimendaduras, in tachones, y capacita de inclusion siempre que el solicitante se encuentra para contra compartir de la Asegurador para de la manego de contra de la	MIEMBROS DE LA FUERZA PÚBLICA (FUER	RZAS MILITARES	, POLICÍA, INPEC, DAS											
Importante: no firme sin antes leer y entender el presente documento ya que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verdicas en la forma en que aparecen escritas. Por la tanto la falesdad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas scondiciones generales de la póliza y en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. El firmante declará que (marque con una x, la primera casilla si es asegurado principal y la segunda casilla si es segundo asegurado): A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionados con lo siguiente: Enfermedad Cardiovascular Disebes Hipertensión Arterial Riflones Drogadicción Gastrontestinales Mentales / Póligidatricios Cancer Antris VIVISIDA Plumonares Enfermedad Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo de Salud Y VIVISIDA Plumonares Enfermedad Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de cagardo de Salud Y VIVISIDA Plumonares Enfermedad Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Enfermedad Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Enfermedad Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Plumonares Cardiovascular Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Sobrepeso Tabaquiemo (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Sobrepeso (Ne. de tagardo Salud Y VIVISIDA Plumonares Cardiovascular VIVISIDA Sobrepeso (Ne. de tagardo A vivisidad Selectiva Sobrepeso (Ne. de tagardo A vivisidad Selectiva Sobrepeso (Ne. de tagardo A vivisidad Selectiva Sobrepeso (Ne.	_			SENCIAR AL RESPALDO	•									
aparecen escritas. Por lo tanto la falsedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la pólitza y en los Artículos 1059 y 1158 del Código de Comercio. El firmante declaró que (marque con una x, la primera casilla si es asegurado principal y la segunda casilla si es segundo asegurado): A fa fecha me necuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionados con lo siguente: Enfermedad Cardosvacular Diabetes Historiados con lo siguente: Entermedad Cardosvacular Diabetes Historiados con lo siguente: Entermedad Preexistence Archita Numbra Alexandria Numbra Alexandria Numbra Numbra Alexandria Numbra Num			el presente docur	mento va que las declara	acior	nes contenidas	en	este documento	n sn	on exactas com	ınletas v	verídicas	en la	forma en que
A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra reducida, o Declaro que he padecido o he sido tratado enfermedades o lesiones relacionadas con lo siguiente: Enfermedad Cardovascular Mentales / Psquidstricas Cancer Artotis Sobrepeso Tabaquismo (No. de cigarrillos dianos) Alcandismo (No. de tragos Semanales) Otra Enfermedad Preexistente Actanolismo (No. de tragos Semanales) Otragos (No. de tragos Semanales) Enfermedad Creekvosculas Alcanolismo (No. de tragos Semanales) Otragos (No. de tragos Semanales) Enfermedad Creekvosculas Actanolismo (No. de tragos Semanales) Enfermedad (No. de tragos Semanales) Enfermedad (No. de tragos Semanales) Enfermedad (No. de tragos (No. de tragos Semanales) Enfermedad (No. de tragos Semanales) Enfermedad (No. de tragos Semanales) Enferm	aparecen escritas. Por lo tanto la fa y 1158 del Código de Comercio.	alsedad, omis	sión, error o la reti	cencia en ellas, tendrán l	las c	consecuencias e	stal	blecidas en las	con	diciones genera	les de la	póliza y ei	n los	Artículos 1058
Mentales / Psiquidiricas Câncer Artritis VII-(SIDA Pulmonares Enfermedad Cerebrovascular Sobrepeso Tabaquismo (No. de idagarillos dialarios) Alcoholismo (No. de tragos Semanales) Otra Enfermedad Preexistente	A la fecha me encuentro en buen e	estado de salu	ıd y mi habilidad fí	ísica no se encuentra red	ucid	la, o	es s	segundo asegun	ado):				
Tabaquismo (No. de cigarrillos diarios) Alcoholismo (No. de tragos Semanales) Otra Enfermedad Preexistente Aciarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolucion En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud. De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mifallecimiento y a todos los datos que en ellas se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos. ERETIFICAMOS 1. Que el tomador tiene contratado con LA PREVISORA S.A. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 2. AMPARO AUTOMÁTICO: LA PREVISORA S.A. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 2. AMPARO AUTOMÁTICO: LA PREVISORA S.A. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 2. AMPARO AUTOMÁTICO: LA PREVISORA S.A. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 2. AMPARO AUTOMÁTICO: LA PREVISORA S.A., a ceptará la inclusión siempre que el solicitante se encuentre en buen estado de salud y que el diligenciamiento del presente documento sea el correcto, sin enmendaduras, ni tachones, y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. En los casos donde no se diligencia correctamente el presente documento el setado del solicitante está de la deguna manera agravado, no operará el ampara automático y en customación escesario la aprobación previa y escrita de la Aseguradora, quien de acuerdo al análisis de cada caso, se reserva la facultad de solicitar de decisiones de asegurabilidad por las condiciones de asegurabilidad por la preso a la pólizira la cual está entre 18 y 60 años de edad y en el caso de los hipisos y hermanos entre 1 y 14 años, se otorgan únicamente los planes con destinación específica a auxilio funerario. 3. Así mismo, L. PREVISORA S.A., limitará su res				· ·	rteria	al				-				
En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud. De otra parte y en desarrollo del artículo 3 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Pervisora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos. CERTIFICAMOS 1. Que el tomador tiene contratada con LA PREVISORA S.A., POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 2. AMPARO AUTOMATICO: LA PREVISORA S.A., acceptará la inclusión siempre que el solicitante se encuentre en buen estado de salud y que el diligenciamiento del presente documento sea el correcto, sin enmendaduras, ni tachones, y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. En los casos donde no se diligencia correctamente el presente documento o el estado del solicitante esté de alguna manera agravado, no operará el amprora automático y en consecuencia para su lingreso será necesaria la aprobación previa y escrita de la Aseguradora, que une de acuerio al análisis de cada caso, se reserva la facultad de solicitar documentos o le quiento de acueridade de la designa de la designa de la designa de la designado de la cada caso, se reserva la facultad de solicitar documentos o le quientos de segurabilidad cincinarios poblicas la cual está entre 18 y 60 años de edad y en el caso de los hijos y hermanos entre 1 y 14 años, se otorgan únicamente los planes con destinación específica a auxillo funerario. 3. Así mismo, LA PREVISORA S.A., limitará su responsabilidad aceptando únicamente la selección de una opción de asegurabilidad con autilio funerario. 3. Así mismo, LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del sin		IS						-	trag			Enter	meda	a Cerebrovasculai
De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos. 1. Que el tomador tiene contratada con LA PREVISORA S.A. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 21. AMPARO AUTOMÁTICO: LA PREVISORA S.A., aceptará la inclusión siempre que el solicitante se encuente en buen estado de salud y que el diligenciamiento del presente documento sea el correcto, sin enmendaduras, in tachones, y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. En los casos donde no se diligencia correctamente el presente documento o el estado del solicitante esté de algum amanera agravado, no operará el amparo automático y en consecuencia para su ingreso será necesaría la aprobación previa y escrita asegurabilidad correspondientes para admitir el lingreso, extraprimar o rectorar al solicitante. Como tombión se tendrá en cuenta la adud para el lingreso a la póliza la cual está entre 18 y 50 años de edad y ven el caso de los hijos y hermanos entre 1 y 14 años, se otorgan únicamente los planes con destinación específica a auxilio funerario. 3. Así mismo, LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios de signados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cual tombión de segurabilidad por solicitante hasta el valor asegurado pactado bajo esta modalidad. 4. Que LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cual tombión de la previsora de la previsora de la recurso de segurado pactado para la previsora de la proporción de la penedida de	Otra Enfermedad Preexistente	una de las en	formedades descri					,						
1. Que el tomador tjene contratada con LA PREVISORA S.A. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba. 2. AMPARO AUTOMATCO: LA PREVISORA S.A., aceptará la inclusión siempre que el solicitante se encuentre en buen estado de salud y que el diligenciamiento del presente documento sea el correcto, sin enmendaduras, ni tachones, y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. En los casos donde no se diligencie correctamente el presente documento o el estado del solicitante esté de alguna manera agravado, no operará el amparo automático y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa y escrita de la Asseguradora, quien de acuerdo al análisis de cada caso, se reserva la facultad de solicitar documentos o requisitos de asegurabilidad correspondientes para admitir el ingreso, extraprimar o rechazar al solicitante. Como también se tendrá en cuenta la edad para el ingreso a la póliza la cual está entre 18 y 0.50 años, se otorgan únicamente los planes con destinación especifica a auxilio funerario. 3. Así mismo, LA PREVISORA S.A. limitará su responsabilidad aceptando únicamente las selección de una opción de asegurabilidad por solicitante hasta el valor asegurado pactado bajo esta modalidad. 4. Que LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e información a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez. 5. Se aclara que en todo caso, la vigencia individual de los asegurados relacionados (Cónyuge o hijo(s)) se encuentra directamente relacionada con la vigencia individual de la segurado principal, por tanto en caso de retiro del asegurado principal del grupo asegurable por cualquier causa (incluso siniestro), cesa inmediatamente las coberturas para los asegurados relacionados. EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE ASEGURADO PRINCIPAL C.C.C. G.C. FO-VG-029-0 AUTORIZACIÓN DE DE	De otra parte y en desarrollo del al mi fallecimiento y a todos los datos información personal que reposa e	rtículo 34 de l s que en ella s	la ley 23 de 1981, se registren o llegu	autorizo expresamente a	La	Previsora S.A. C	Com	npañía de Segur	os					
el correcto, sin enmendaduras, ni tachones, y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. En los casos donde no se diligencie correctamente el presente documento o el estado del solicitante esté de alguna manera agravado, no operará el amparo automático y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa y escrita de la Aseguradora, quien de acuerdo al análisis de cada caso, se reserva la facultad de solicitar documentos o requisitos de asegurabilidad dicionales y/o definir las condiciones de asegurabilidad correspondientes para admittr el ingreso, extraprimar o rechazar al solicitante. Conto también se tendrá en cuenta la edad para el ingreso a la póliza la cual está entre 18 y 60 años de edad y en el caso de los hijos y hermanos entre 1 y 14 años, se otorgan únicamente los planes con destinación específica a auxilio funerario. 3. Así mismo, LA PREVISORA S.A. limitará su responsabilidad aceptando únicamente la selección de una opción de asegurabilidad por solicitante hasta el valor asegurado pactado bajo esta modalidad. 4. Que LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez. 5. Se aclara que en todo caso, la vigencia individual del elos asegurados relacionados (Cónyuge bonetar da centra de la caso de retiro del asegurado principal del grupo asegurable por cualquier causa (incluso siniestro), cesa inmediatamente las coberturas para los asegurados relacionados. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leido y aceptado. EN CONYUGE: ALOR DE MM AAA CONYUGE: AUTORIZO A DE MINORDE: AUTORIZO A DE MIN	1. Que el tomador tiene contratada						hu	en estado de sa	alud	v que el diligen	ciamiento	n del nrese	ente (documento sea
modalidad. 4. Que LA PREVISORA S.A., pagará el valor asegurado en la proporción que se detalla, a los beneficiarios designados e informados a la Previsora con anterioridad a la ocurrencia del siniestro. Cualquier información de beneficiarios suministrada con posterioridad a la ocurrencia del siniestro no tendrá validez. 5. Se aclara que en todo caso, la vigencia individual de los asegurados relacionados (Cónyuge o hijo(s)) se encuentra directamente relacionada con la vigencia individual del asegurado principal, por tanto en caso de retiro del asegurado principal por cualquier causa (incluso siniestro), cesa inmediatamente las coberturas para los asegurados relacionados. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado. EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE A LOS DÍAS DEL MES DE DE REPRESENTANTE LEGAL A SEGURADO PRINCIPAL C.C C.C FO-VG-029-0 **AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO** FECHA: DD MM	el correcto, sin enmendaduras, ni l documento o el estado del solicitar de la Aseguradora, quien de acue asegurabilidad correspondientes pa v 60 años de edad v en el caso de	tachones, y n nte esté de al rdo al análisi ara admitir el los hiios v he	o se origine devolu guna manera agra is de cada caso, s ingreso, extraprin ermanos entre 1 v	ución del documento y se vado, no operará el ampa le reserva la facultad de nar o rechazar al solicitar 14 años, se otorgan únic	aro a soli nte.	ya pagado la pr automático y er icitar document Como también : ente los planes o	ime n co tos se t	era prima. En los insecuencia para o requisitos de tendrá en cuent destinación esc	s ca a su ase a la pecíf	asos donde no s u ingreso será n egurabilidad dic a edad para el ir fica a auxilio fur	e diligeno ecesaria cionales y ngreso a nerario.	cie correct la aprobac /o definir la póliza la	amei ción p las a cua	nte el presente previa y escrita condiciones de l está entre 18
5. Se aclara que en todo caso, la vigencia individual de los asegurados relacionados (Cónyuge o hijo(s)) se encuentra directamente relacionada con la vigencia individual del asegurado principal, por tanto en caso de retiro del asegurado principal del grupo asegurable por cualquier causa (incluso siniestro), cesa inmediatamente las coberturas para los asegurados relacionados. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado. EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE A LOS DÍAS DEL MES DE DE REPRESENTANTE LEGAL ASEGURADO PRINCIPAL CONYUGE: LA PREVISORA S.A. C.C. C.C. FO-VG-029-0 AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO FECHA: DD MM	modalidad. 4. Que LA PREVISORA S.A., pagar	á el valor as	egurado en la proj	porción que se detalla, a	los	beneficiarios d	lesi	gnados e inform				-	•	-
SEGÚN la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado. EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE A LOS														
ASEGURADO PRINCIPAL CONYUGE: LA PREVISORA S.A. C.C. C.C. FO-VG-029-0 AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO FECHA: DD MM AAAA C.C. AUTORIZO A	TRATAMIENTO DE LA INFORMA según la información que aparece	CIÓN: Autor al reverso de	izo a Previsora Seg este documento e	guros, para el manejo de I cual declaro haber leído	mi y a	información aco iceptado.	orde	con la Política	de ⁻	Tratamiento de	Informac	ión definic	la po	r la Compañía
LA PREVISORA S.A. C.C. FO-VG-029-0 AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO FECHA: DD MM AAAA CIUDAD: YO	EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA	CIUDAD DE _		A LOS		DÍAS	DE	EL MES DE			D	E		·
LA PREVISORA S.A. C.C. FO-VG-029-0 AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO FECHA: DD MM AAAA CIUDAD: YO														
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO FECHA: DD MM AAAA C.C.C. AUTORIZO A	REPRESENTANTE LEGAL LA PREVISORA S.A.			C.C.						C.C.			F	D-VG-029-0
YO			AU	_										
	FECHA: DD MM	AAAA	_					CIUE	DAE	D:				
DECCONTANT EL VALOR DE	YO													
DESCONTAR EL VALOR DE CORREPONDIENTE A LA PRIMA DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.	DESCONTAR EL VALOR DE DESTINO A LA PREVISORA S./	A. COMPAÑ			DEL	SEGURO DE V	VIC)A GRUPO QU	ΕV	OLUNTARIAM	IENTE H	E DECID	IDO	TOMAR CON

CONDICIONES PARTICULARES QUE COMPLEMENTAN Y MODIFICAN LAS CONDICIONES GENERALES DE VIDA GRUPO (VGP-002-6, VGA-007-5, VGA-002-5, VGA-011-4, VGA-009-4, VGA-012-5, VGA-005-4)

I. AMPAROS Y EXCLUSIONES

- VIDA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE AUXILIO PARA GASTOS DE ENFERMERA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL - ÄÜXILIO PARA GASTOS DE ENFERMERA POR INCAPACIDAD TUTAL Y PERMANENTE PUR ASFGURADO

 - AUXILIO EDUCATIVO PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO

 - AUXILIO DE CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO

 - AUXILIO DE CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO

 - INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

 - DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE

 - ENFERNEDADES GRAVES COMO ANTICIPIO DEL 50% VIDA

 - TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES

 - (Es una Extensión del amparo de Enfermedades Graves)

 - AUXILIO FUNERARIO

 - RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO

 - RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO

 - RENTA DIABIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA POR ACCIDENTE DEDUCIBLE

 - 3 DIAS MAXIMO 90 DIAS

 - RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

 NOTA: FI alcance de la definición y las exclusiones de cada amparo se pueden consult

NOTA: El alcance de la definición y las exclusiones de cada amparo se pueden consultar a través de la página web www.previsora.gov.co

DEMETICIO DIARIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

LA COMPAÑIA, PAGARÁ AL ASEGURADO, LA TERCERA (1/3) PARTE DEL VALOR DIARIO DEL INGRESO BASE

DE COTIZACIÓN REPORTADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL MOMENTO DE
PRESENTARSE LA INCAPACIDAD. EL BENEFICIO O VALOR DIARIO A PAGAR, RESULTA DE DIVIDIR EL
INGRESO BASE DE COTIZACIÓN MENSUAL EN 30 DÍAS Y ESTE RESULTADO SE DIVIDIRÁ EN LA TERCERA
PARTE.

COMO VALOR ADICIONAL OPCIONAL AL ANTERIOR ENUNCIADO Y SEGÚN LO INDIQUE EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EL ASEGURADO PODRÁ OPTAR POR AUMENTAR SU INGRESO BASE DE COTIZACIÓN HASTA UN 30 % POR CIENTO, SOBRE EL CUAL SE PAGARÁ EL VALOR DIARIO QUE RESULTE DE APLICAR LA FÓRMULA DEL PRIMER INCISO. EL PAGO DEL BENEFICIO DEL VALOR BÁSICO Y ADICIONAL, SE EFECTUARÁ POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD CONTINUA O DISCONTINUA A PARTIR DEL CUARTO (4) DÍA, HASTA UN MÁXIMO DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS POR EVENTO, SIEMPRE QUE LA INCAPACIDAD LE SEA OTORGADA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, SIN EXCEDER CUATRO EVENTOS POR VIGENCIA. POR VIGENCIA

EN CASO DE HABER DIFERENCIA ENTRE EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN REPORTADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y EL VALOR REPORTADO A LA SEGURIDAD SOCIAL, SE LIQUIDARÁ PARA EL PAGO SOBRE EL MENOR DE ESTOS DOS VALORES. POR OTRA PARTE, LA LIQUIDACIÓN PARA EL PAGO DEL VALOR ADICIONAL OPCIONAL SE MANTENDRÁ DE ACUERDO A LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

SE CONSIDERA EVENTO AL DIAGNÓSTICO O GRUPO DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS SEGÚN CIE-10

EXCLUSIONES

NO SE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO OBJETO DE ESTE AMPARO, CUANDO LA INCAPACIDAD SEA

CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

2.1 RESULTADO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE

RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SINDROME O ENFERMEDAD

DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA Y QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN

MÉDICO O ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE CONSTITUIDO.

2.2 CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTAN

INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

2.3 INCAPACIDADES Y/U HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS CONGÉNITOS Y/O PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

2.4 TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O SUS COMPLICACIONES.

2.4 TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O SUS COMPLICACIONES.
2.5 ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL USO POR PARTE DEL ASEGURADO DE AERONAVES Y ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, PASAJERO O TRIPULANTE, ESTUDIANTE DE PILOTAJE.

O MECÁNICO DE AVIACIÓN, SALVO QUE SE ENCUENTRE EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
2.6 ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HERDÍCAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
2.7 CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUÍSTES SEBACEOS.
2.8 CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, INUNDACIONES, HURACANES Y EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.
2.9 INTENTO DE SUICIDIO, O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL

2.9 INTENTO DE SUICIDIO, O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTANDO ÉSTE O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.

2.10 LESIONES PRODUCIDAS POR OTRA PERSONA INTENCIONALMENTE CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXCEPCIÓN DE EVENTOS OCURRIDOS POR HURTO O

2.11 LICENCIAS DE MATERNIDAD, PATERNIDAD O POR ADOPCIÓN

2.12 ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO.

AUXILIO URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos para tratar el dolor. Se reconocerá un auxilio máximo de \$350.000, en la vigencia de la póliza, por un límite máximo de tres (3) eventos por vigencia, entendiéndose por evento cada auxilio entregado. No hay restablecimiento".

II. TOMADORES DEL SEGURO

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas, y responsable del pago de la prima. personas, y responsable del III. GRUPO ASEGURADO

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurados con una relación estable con EL TOMADOR y cumplen los requisitos para quedar cobijados por la presente póliza.

IV. BENEFICIARIOS

Serán los beneficiarios que indiquen en la solicitud certificado individual del seguro

V. VIGENCIA DEL SEGURO

V. VIGENCIA DEL SEGURO

Los amparos individualmente considerados entrarán en vigor a partir del 1 dia del mes siguiente de su vinculación de la fecha prevista en la Solicitud individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la prima del primer período, y el documento no haya sido rechazado por LA COMPAÑIA por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

VI. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA (afiliado principal y cónyuge)

Para, Vida, Auxilio Funerario Y Renta Mensual Por Fallecimiento

 Edad mínima de ingreso
 Edad máxima de ingreso
 Edad de permanencia
Para los demás Amparos. 18 años. 55 años. 80 años.

18 años. 55 años. 65 años. 1 año. 30 años. 35 años.

Nota: En caso de pasar la edad de permanencia y el asegurado continúe pagando primas, la responsabilida de PREVISORA, se limita a la devolución de primas pagadas con posterioridad a la terminación del seguro. VII. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

Para Hijos

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- Por falta de pago de la prima.

 Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.

 Cuando EL TOMADOR o el asegurado, por escrito, soliciten la exclusión del seguro, excepto en los seguros de deudores.

 En el aniversario de la póliza más inmediato en la fecha en que el Asegurado cumpla 80 años de edad. Para cónyuge o cualquier asegurado dependiente, cuando fallece el asegurado principal.

 Cuando al momento de la renovación el grupo sea inferior a 20 personas.

VIII. RENOVACIÓN

El seguro se podrá renovar previo análisis del comportamiento del negocio.

IX. AUTORIZACIÓN DEL PAGO DEL SEGURO

El asegurado, deberá diligenciara completamente el desprendible o la colilla de autorización de descuento, para lo cual debe firmar y devolver la respectiva solicitud certificado individual del seguro, con la correspondiente autorización de descuento del pago de la prima del seguro.

La póliza, la relación de ingresos y la solicitud certificado individual del seguro con la autorización del descuento, constituirá el documento demostrativo del seguro, donde evidencia que pago el seguro

XI. DONDE SE CONSIGUE INFORMACIÓN

Copia del condicionado reposará en la oficina del Tomador, en la página Web de la Compañía para poder ser consultados por los asegurados y/o beneficiarios.

La presente solicitud certificado forma parte de la póliza de vida grupo, por lo tanto aquellas condiciones de la póliza no modificadas mediante el presente documento continúan en vigor.

XII. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La Compañía podrá conceder continuidad de cobertura a las personas que formen parte del grupo asegurado y que se encontraban amparadas por un seguro similar en otra Compañía de Seguros, El Tomador deberá entregar a La Compañía la certificación de la anterior Aseguradora de la extraprima (la hubiere) aplicada a cada uno de los asegurados, la cual será tenida en cuenta para la liquidación y cobro de prima.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

no beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

*En el campo **"Tipo Documento"** favor indicar:

1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad. 5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	No. DOCUMENTO	TIPO DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (Debe sumar 100%)	DIRECCIÓN Y CIUDAD DE RESIDENCIA (Opcional)

BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	No. TIPO DOCUMENTO		PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (Debe sumar 100%)	DIRECCIÓN Y CIUDAD DE RESIDENCIA (Opcional)

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA: SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS. PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO, DE NO HABERSE RADICADO. EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO

DATOS DE LOS HIJOS ASEGURADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	TIPO DOCUMENTO	EDAD

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

aseguradora de lo siguiente:
Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envió de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."