SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA FEP

CERTIFICADO No. _____ PÓLIZA MATRIZ A LA QUE ACCEDE No.* _____

FECHA DILIGENCIAMIENTO:* DD | MM | AAAA
CIUDAD:*
SUCURSAL:*

NOMBRE DEL TOMADOR:*
NIT:*

NOMBRE SOLICITANTE:* NUEVA VINCULACIÓN ACTUALIZACIÓN
SEXO:* M F
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:* C.C. C.E. T.I. No.
FECHA NACIMIENTO:* DD | MM | AAAA

ESTADO CIVIL:* SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE
OCUPACIÓN:
TELÉFONO:

DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO:
CIUDAD DE RESIDENCIA:

PESO (kg).* ESTATURA (Mts).* DIESTRO: AMBIDIESTRO: ZURDO:
DEPORTES QUE PRACTICA:

SOLICITA ASEGURAR CÓNYUGE SI NO
NOMBRE DE CÓNYUGE: NUEVA VINCULACIÓN ACTUALIZACIÓN
SEXO: M F

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:* C.C. C.E. T.I. No.
FECHA NACIMIENTO:* DD | MM | AAAA
OCUPACIÓN:

*** Información Obligatoria**

AMPAROS Y PRIMAS POR PERSONA:	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
VIDA	$ 20.000.000	$ 40.000.000	$ 60.000.000	$ 80.000.000	$ 100.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	$ 20.000.000	$ 40.000.000	$ 60.000.000	$ 80.000.000	$ 100.000.000
AUXILIO PARA GASTOS DE ENFERMERA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000
AUXILIO EDUCATIVO PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000
AUXILIO DE CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000	$ 2.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 40.000.000	$ 50.000.000
DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE	$ 20.000.000	$ 40.000.000	$ 60.000.000	$ 80.000.000	$ 100.000.000
ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPIO DEL 50% VIDA	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 40.000.000	$ 50.000.000
TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES (Es una Extensión del amparo de Enfermedades Graves)	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 40.000.000	$ 50.000.000
AUXILIO FUNERARIO	$ 6.000.000	$ 6.000.000	$ 6.000.000	$ 6.000.000	$ 6.000.000
RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO	$ 60.000	$ 60.000	$ 60.000	$ 60.000	$ 60.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA POR ACCIDENTE DEDUCIBLE 3 DÍAS MÁXIMO 90 DIAS	$ 15.000	$ 15.000	$ 15.000	$ 15.000	$ 15.000
PRIMA MENSUAL CADA UNO ASEGURADO PRINCIPAL Y/O CÓNYUGE	**$ 7.700**	**$ 15.300**	**$ 23.000**	**$ 30.300**	**$ 38.000**
ANEXOS POR HIJO					
VIDA CON DESTINACIÓN ESPECÍFICA A AUXILIO FUNERARIO	$ 1.000.000	$ 2.000.000	$ 3.000.000	$ 4.000.000	$ 5.000.000
PRIMA MENSUAL PARA ANEXOS POR CADA HIJO	**$ 200**	**$ 360**	**$ 550**	**$ 750**	**$ 900**
PLAN ELEGIDO	ASEGURADO PPAL CÓNYUGE	ASEGURADO PPAL CÓNYUGE	ASEGURADO PPAL CÓNYUGE	ASEGURADO PPAL CÓNYUGE	ASEGURADO PPAL CÓNYUGE
PRIMA TOTAL	**$**				
ANEXO ADICIONAL BENEFICIO DIARIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL					
PRIMA TOTAL MAS ANEXO ADICIONAL	**$**				

VALOR ASEGURADO DIARIO	PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO
$ 30.000	$ 6.130
$ 50.000	$ 10.217
$ 100.000	$ 20.434

Nota: En el caso de los hijos, se otorgan únicamente los planes con destinación específica a auxilio funerario

SE ACEPTA LA INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE E HIJOS SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN PERSONAS QUE REPRESENTEN RIESGO POLÍTICO POR DESEMPEÑAR CARGOS DE ELECCIÓN POPULAR, MIEMBROS DE LA FUERZA PÚBLICA (FUERZAS MILITARES, POLICÍA, INPEC, DAS, ETC), TRABAJADORES DE EMPRESAS DE VIGILANCIA, TRABAJADORES DE POZOS O MINAS SUBTERRANEAS, TRIPULANTES DE NAVES AÉREAS O MARÍTIMAS Y TAMPOCO DEPORTISTAS PROFESIONALES.

PARA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FAVOR DILIGENCIAR 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 verídicas en la forma en que aparecen escritas. Por lo tanto la falsedad, omisión, error 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 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 Cardiovascular	Diabetes	Hipertensión Arterial	Riñones	Drogadicción	Gastrointestinales
Mentales / Psiquiátricas	Cáncer	Artritis	VIH/SIDA	Pulmonares	Enfermedad Cerebrovascular
Sobrepeso	Tabaquismo (No. de cigarrillos diarios)		Alcoholismo (No. de tragos Semanales)		

Otra Enfermedad Preexistente _____ Aclarar Diagnóstico, año de tratamiento y evolución _____

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 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. y POSITIVA, la póliza de seguro anotada arriba.
2. AMPARO AUTOMÁTICO: 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 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 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 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 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 LA PREVISORA S.A.	ASEGURADO PRINCIPAL C.C.	CONYUGE: C.C.

FO-VG-029-0

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

FECHA: DD | MM | AAAA
CIUDAD: _____

YO _____ C.C. _____ AUTORIZO A _____
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.

FIRMA DEL FUNCIONARIO
C.C.

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 ASEGURADO
- 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
- INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
- DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE
- ENFERMEDADES 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 DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA POR ACCIDENTE DEDUCIBLE
- 3 DIAS MÁXIMO 90 DIAS
- RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

BENEFICIO 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.

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 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME 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.

2.5 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, HERÓICAS 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 QUISTES 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 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 ATRACO.

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.

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

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	18 años.
• Edad máxima de ingreso	55 años.
• Edad de permanencia	80 años.

Para los demás Amparos.		Para Hijos
• Edad mínima de ingreso	18 años.	1 año.
• Edad máxima de ingreso	55 años.	30 años.
• Edad de permanencia	65 años.	35 años.

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

VII. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

a) Por falta de pago de la prima.
b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
c) Cuando EL TOMADOR o el asegurado, por escrito, soliciten la exclusión del seguro, excepto en los seguros de deudores.
d) En el aniversario de la póliza más inmediato en la fecha en que el Asegurado cumpla 80 años de edad.
e) Para cónyuge o cualquier asegurado dependiente, cuando fallece el asegurado principal.
f) 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.

X. PRUEBA DEL SEGURO

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

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 (sí 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

Por medio de la presente designo como 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. DOCUMENTO	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:

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, ajustadores, 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."