# SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO

Zurich Colombia Seguros S.A. NIT. 860.002.534-0
Calle 116 # 7 - 15, PBX (57-1) 5188482
Bogotá D.C. Colombia

ZURICH®

La información aquí contenida puede corresponder a datos personales sensibles, los cuales no se encuentra obligado a proporcionar pero que serán importantes al momento de analizar el riesgo y tomar una decisión sobre su aceptación. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas sinceramente y con absoluta veracidad, ya que la inexactitud en la información suministrada produce la nulidad del seguro de vida. Si Usted no goza de buena salud, lo remitiremos a exámenes para determinar otras condiciones especiales en su seguro de vida. El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el Seguro de Vida al que accede. La aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información.

## 1. DATOS DEL TOMADOR

Tipo Documento | Número de documento | Nombre Razón Social | Fecha inicio de vigencia 234AA 234 34D

## 2. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos | Nombres

Tipo documento de identidad C.C. C.E. | Número de documento | Fecha de nacimiento AAAA MM DD | Sexo M F | Estatura | Peso

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐ Profesión | Ocupación | Salario

E-mail | Dirección de correspondencia | Ciudad | Valor asegurado Vida Grupo

**Amparos Vida Grupo Coberturas** Incapacidad Total y Permanente ☐ Incapacidad Permanente Parcial ☐ Indemnización por Muerte Accidental ☐ Enfermedades Graves ☐ Auxilio Funerario ☐ Bono Canasta ☐ Forma de pago ☐

## 3. BENEFICIARIOS (Campo opcional para Póliza de Vida Deudores)

| Tipo identificación | No. identificación | Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos) | % | Parentesco |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Tipo de Identificación: T.I**: Tarjeta de identidad - **C.C.**: Cédula de ciudadanía - **C.D.**: Carné diplomático - **C.E.**: Cédula de extranjería - **P.A.**: Pasaporte.
**Parentesco: PR**: Progenitor [Padre - Madre] - **CP**: Compañero [a] Permanente - **HI**: Hijo - **FA**: Familiar.

Σ 100%

## 4. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Yo, el abajo firmante, declaro que: ( ) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.
( ) Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con X:

Mentales - Psiquiátricas ☐ Gastrointestinales ☐ Hipertesión Arterial ☐ Cáncer ☐ Pulmonares ☐ Sida ☐ Tabaquismo: ☐ >Cigarrillos Diarios: 5 a menos ☐ 6 a 20 ☐ 21 o más ☐

Cerebrovasculares ☐ Cardiovasculares ☐ Drogadicción ☐ Renales ☐ Diabetes ☐ Artritis ☐ Alcoholismo: ☐ >Tragos Semanales: 5 a menos ☐ 6 a 20 ☐ 21 o más ☐

En caso de padecer o haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente, o en caso de padecer o haber padecido una enfermedad distinta y/o cirugías explique:

Enfermedad | Año Diagnóstico | Tratamiento actual

## 5. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y OBSERVACIONES

El seguro y los amparos solicitados, no será efectivo ni entrará en vigencia hasta que sea aprobado por Zurich Colombia Seguros S.A.
Conozco y entiendo que la póliza de seguro se expedirá en consideración a la veracidad de las declaraciones contenidas en esta solicitud y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro quedará viciado de nulidad. Zurich Colombia Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que mis declaraciones no correspondían a mi verdadero estado de salud, profesión, ocupación u oficio en el momento de aceptarse el seguro (Artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio).
Autorizo de manera permanente e irrevocable a Zurich Colombia Seguros S.A., o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera, procese, conserve, consulte y suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnico de seguros, financiera y comercial mía y/o de la Persona Jurídica a la que represento, desde el momento de solicitud del seguro, a las centrales de información o Bases de Datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos.
Autorizo expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorizo que informe a esas mismas bases de datos, los aspectos que la Compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.
Conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario No. 3380 de 1981, autorizo a Zurich Colombia Seguros S.A. para que pueda conocer todas mis condiciones de salud que posea dentro de una historia clínica cualquier médico, cirujano, entidad médica u hospitalaria, Compañía de seguros o de medicina prepagada, entidad promotora de salud (EPS), aseguradora de riesgos laborales (ARL) que con carácter profesional me hayan atendido en cualquier época de mi vida. Renuncio, por lo tanto, a todas las disposiciones de la ley y de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.
**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO:** De acuerdo con lo establecido en los articulos 1068 y 1152 del Código de Comercio, el no pago de la prima dentro del plazo pactado o en su defecto dentro del mes siguiente a su vencimiento, producirá la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura.
Como constancia de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmo el presente formulario.

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

**1. DEFINICIONES:** Zurich Colombia Seguros S.A.se denominará LA ASEGURADORA. Las sociedades o empresas que conforman el GRUPO ZURICH a nivel global, incluyendo a LA ASEGURADORA se denominarán GRUPO ZURICH. Las sociedades o empresas que conforman el GRUPO ZURICH a nivel global, incluyendo a LA ASEGURADORA se denominarán GRUPO ZURICH. Los intermediarios de seguros, proveedores, socios, aliados estratégicos, o entidades dentro o fuera del territorio nacional que prestan servicios a LA ASEGURADORA o al GRUPO ZURICH relacionados con el objeto social de la compañía de seguros se denominarán TERCEROS VINCULADOS. Por DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales (tal como se entienden estos bajo la legislación vigente) que he entregado con anterioridad a LA ASEGURADORA, que entrego con este documento, y que entregue en el futuro o que LA ASEGURADORA reciba de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis datos personales sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos, así como los datos de niños y adolescentes. **2. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES:** Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por LA ASEGURADORA, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades: **I)** El trámite y análisis de la solicitud de vinculación como tomador, asegurado, beneficiario, consumidor financiero, contraparte contractual y/o proveedor, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS a LA ASEGURADORA. **II)** El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. **III)** La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. **IV)** El control y la prevención del fraude. **V)** El estudio de reclamaciones, la liquidación y el pago de siniestros, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS a LA ASEGURADORA. **VI)** La elaboración de estudios técnico- actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. **VII)** Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de servicio y ofertas comerciales de productos de LA ASEGURADORA y del GRUPO ZURICH, así como de otros servicios o productos inherentes a la actividad aseguradora. **VIII)** Envío de información de posibles sujetos de tributación en países del exterior, tal como el Internal Revenue Service (IRS) de los Estados Unidos de América y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. **IX)** Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. **X)** La prevención y control del lavado de activos internacionales e intergubernamentales en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. XI) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo de conformidad con la normativa vigente en Colombia. **XII)** Intercambio, cruce o remisión de información con el GRUPO ZURICH de acuerdo con las Políticas respecto de Sanciones Económicas del GRUPO ZURICH. **3. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO:** Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por LA ASEGURADORA como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios, tal como las empresas o sociedades del GRUPO ZURICH o los TERCEROS VINCULADOS. Los DATOS PERSONALES podrán ser trasmitidos o transferidos para las finalidades mencionadas, a: **I)** Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. **II)** Los TERCEROS VINCULADOS necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: talleres, ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, especialistas de la salud, centros de apoyo logístico y valoración. **III)** Los Intermediarios de Seguros y/o Tomadores que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. **IV)** Las personas con las cuales LA ASEGURADORA adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguros o Reaseguros. **4. DATOS SENSIBLES Y DATOS PERSONALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Declaro que me ha sido informado que la entrega de los Datos Sensibles, como aquellos relativos a la salud y biométricos, así como los que versen sobre niños y adolescentes, son de carácter facultativo, que no he sido obligado a entregarlos, que la finalidad para los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebro con LA ASEGURADORA. Así mismo declaro que me encuentro facultado para suministrar los DATOS PERSONALES de los niños y/o adolescentes en calidad de representante legal de aquellos. **5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013, así como lo dispuesto en la Ley 1266 de 2006 sobre datos financieros, comerciales, crediticios, o de servicios y demás que regulen la materia. Especialmente tengo derecho a: **I)** Conocer, consultar, actualizar y rectificar los DATOS PERSONALES; **II)** Solicitar prueba de la autorización otorgada; **III)** Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis DATOS PERSONALES; **IV)** Presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante LA ASEGURADORA; V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; y **VI)** Acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de Tratamiento. **6. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES DE TERCEROS:** Declaro que cuento con la autorización de todas las personas respecto de las cuales he suministrado sus datos personales a LA ASEGURADORA, para el tratamiento de los mismos, para las finalidades y en los términos aquí descritos, particularmente para la ejecución del contrato que he suscrito con LA ASEGURADORA. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de dichos datos en las bases de datos de LA ASEGURADORA o de los ENCARGADOS que ella considere necesario. **7. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de LA ASEGURADORA se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página web de LA ASEGURADORA, www.qbe.com.co. **8. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE:** El responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 860.002.534-0. Dirección Electrónica: https://www.zurichseguros.com.co/es-co
correo electrónico: datospersonales.CO@zurich.com y Línea Servicio al Cliente (57-1) 5188482.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**9. AUTORIZACIÓN:** De manera expresa previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los datos sensibles, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento: Si ☐ NO ☐

Firma: _____

Nombre: | Documento de identidad: | Lugar de diligenciamiento: | Fecha de diligenciamiento: AAAA MM DD | Hora: