

De los productos de seguro que el tomador ha convenido con la aseguradora, por favor seleccione los que usted desea adquirir:

☐ **Póliza Vida Grupo** **N°:**

☐ **Póliza de Desempleo** **N°:**

☐ **Póliza Vida Deudor** **N°:**

☐ **Póliza de Accidentes Personales** **N°:**

La información aquí contenida puede corresponder a datos personales sensibles, los cuales serán tratados con la reserva y confidencialidad exigida por la normatividad vigente. 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 relativa del contrato de seguro.

1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre / Razón social:

NIT:

Fecha inicio vigencia:

2. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos:

Nombres:

Tipo documento: **N°:**

Fecha expedición:

Lugar expedición:

Nacionalidad:

Fecha nacimiento:

Estado civil:

Sexo: ☐ M ☐ F

Dirección residencia:

Departamento:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Ocupación:

Tipo contrato:

Salario:

Valor asegurado:

¿Es usted ciudadano estadounidense o posee Green Card?: ☐ Sí ☐ No **Si su respuesta es sí, ¿tiene permiso de trabajo en Colombia?** ☐ Sí ☐ No

Tipo de documento: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia).

3. AMPAROS

Los amparos incluidos en la(s) póliza(s) de (los) seguro(s) que se solicita(n) serán los convenidos por la aseguradora con el tomador para el grupo asegurable, siempre y cuando el solicitante sea elegible para cada uno de esos amparos, de conformidad con las condiciones contenidas o anexas a este documento. La aseguradora comunicará al tomador de la póliza por cualquier vía, la aceptación, rechazo o aplazamiento de su solicitud de seguro. En caso de aceptación, la fecha de la comunicación corresponderá a la fecha a partir de la cual se entenderá que usted queda habilitado para ser incluido en el grupo asegurado Para ver las Condiciones Generales de las pólizas, por favor ingresar a la página web www.zurichseguros.com.co > Nuestros Productos > Clausulados. Si necesita copia física de las mismas, por favor solicítelas al correo atencioncliente@zurich.com.

4. BENEFICIARIOS (Diligenciar en caso de aplicar)

ID	N° Identificación	%	Apellidos, Nombres	Parentesco	Producto/Póliza

Si requiere más campos adicionales para relacionar sus beneficiarios, por favor solicitar el formato de designación o actualización de beneficiarios. La suma de los porcentajes asignados a cada uno de los beneficiarios debe ser el 100% en cada uno de los productos. En caso de no hacer distinción de beneficiarios por productos, se entenderá que son los mismos para todos los productos.

ID: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia), TI (Tarjeta de Identidad), RC (Registro Civil).
Parentesco: PR (Progenitor [Padre - Madre]), CP (Compañero[a] Permanente), HI (Hijo), FA (Familiar).
Producto/Póliza: VG (Vida Grupo), VD (Vida Deudor), D (Desempleo), AP (Accidentes Personales).

De conformidad con la Ley 2475 de 2025 sobre derecho al olvido oncológico, si usted ha padecido cáncer y si han transcurrido cuatro (4) años (o dos (2) años si el diagnóstico ocurrió siendo menores de edad), contados a partir de la fecha de finalización del tratamiento oncológico activo, sin que se hayan presentado recaídas posteriores, no está obligado a declarar dicho antecedente en este formulario. Zurich no podrá utilizar esa información para negar la contratación, modificar las condiciones ni excluir coberturas.

☐ Confirmo que he leído la información sobre el derecho al olvido oncológico y entiendo cuándo aplica.

5. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Yo, el abajo firmante, declaro que:

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida (seleccione): ☐ Sí ☐ No

A continuación marque la casilla correspondiente, si padece alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones de salud:

☐ **Mental - psiquiátrica**

☐ **Renal**

☐ **Cardiovascular**

☐ **Gastrointestinal**

☐ **Cerebrovascular**

☐ **Pulmonar**

☐ **Hipertensión arterial**

☐ **Cáncer***

☐ **SIDA**

☐ **Diabetes**

☐ **Drogadicción**

☐ **Artritis**

☐ **Tabaquismo:**

☐ **Alcoholismo:**

***Cáncer:** Diagnóstico o tratamiento activo por cáncer durante los últimos cuatro (4) años. Si el diagnóstico fue antes de la mayoría de edad, responder únicamente si el tratamiento finalizó hace menos de dos (2) años.

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 de diagnóstico:

Tratamiento actual:

Adicionalmente, para fines del control de su estado de salud, solicitamos la siguiente información: **Peso (Kg.):** **Estatura (m.):**

6. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y OBSERVACIONES

1. Declaración de Salud, Preexistencias y Consecuencias Legales: Declaro que conozco y acepto que las enfermedades, patologías o lesiones manifestadas, diagnosticadas y/o tratadas antes del inicio de vigencia de esta póliza no estarán cubiertas, de conformidad con las condiciones del seguro. Asimismo, entiendo que la póliza se expedirá en consideración a la veracidad de mis declaraciones; en caso de inexactitud o reticencia, el contrato podrá ser afectado conforme a lo previsto en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Esta declaración no se extiende a los antecedentes de cáncer respecto de los cuales se cumplan las condiciones establecidas en la Ley 2475 de 2025 sobre el derecho al olvido oncológico, los cuales no están sujetos al deber de declaración ni pueden generar las consecuencias aquí descritas.

2. Aplicación del Derecho al Olvido Oncológico (Ley 2475 de 2025): Como excepción a lo anterior, los antecedentes de cáncer que cumplan con las condiciones y plazos de la Ley 2475 de 2025 sobre el derecho al olvido oncológico no se considerarán preexistencias, en caso de inexactitud(a) a declararlos, y su omisión no dará lugar a nulidad, terminación, modificación del contrato ni exclusión de cobertura. Zurich Colombia Seguros S.A. no utilizará dicha información para negar la contratación, excluir coberturas, aplicar condiciones más onerosas o sancionar su falta de declaración.

3. Autorización de Acceso a la Historia Clínica Conforme al artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, autorizo a Zurich Colombia Seguros S.A. para conocer todas mis condiciones de salud que obren en mi historia clínica y en los registros de cualquier médico, entidad hospitalaria, compañía de seguros, medicina prepagada, EPS o ARL que me haya atendido en cualquier época. En consecuencia, renuncio a las disposiciones legales y deontológicas que prohíben revelar dicha información médica, respetando siempre la excepción del derecho al olvido oncológico mencionada en el numeral anterior.

4. Tratamiento de Datos Personales, Financieros y de Seguros Autorizo de manera permanente e irrevocable a la Compañía, o a quien represente sus derechos, para que procese, conserve, consulte, reporte, suministre o actualice mi información financiera, comercial y técnica de seguros en las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas. Esta autorización incluye la consulta y reporte en bases de datos de seguros de vida relativas a reclamaciones e indemnizaciones, y al cumplimiento de obligaciones crediticias, con fines estadísticos, de control, supervisión, cumplimiento normativo y conocimiento del asegurado, conforme a la normatividad vigente sobre protección de datos y hábeas data.

5. Declaración de Origen de Fondos y Actividades Lícitas: Declaro expresamente que: (i) Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, (ii) Los recursos que poseo no provienen ni se destinarán a actividades ilícitas ni a la financiación del terrorismo o grupos terroristas. (iii) La información suministrada en esta solicitud es veraz y verificable, comprometiéndome a actualizarla por lo menos una vez al año. (iv) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallar ocupación, oficio, actividades o negocio):

Origen:

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: De acuerdo con lo establecido en los artículos 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 leído las condiciones particulares que se adjuntan a la solicitud, haber entendido las coberturas, exclusiones y alcance en general del(los) seguro(s) que solicito, y haber leído, entendido y diligenciado el formulario precedente, firmo a continuación:

FIRMA:

Condicionado aplicable:

Ciudad de diligenciamiento:

Fecha de diligenciamiento:

Para resolver inquietudes acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de sus datos personales y cómo tramitar una reclamación, contáctenos en la línea 018000 112 723 y en la web: www.zurichseguros.com.co, en donde también podrá encontrar los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.