

SOLICITUD DE SEGURO - GRUPO DE VIDA DEUDORES - COOPROFESORES

POLIZA No.	TOMADOR	NIT	DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO
AA010866	COOPROFESORES	890201280-8	CALLE 39 No. 23-81	BUCARAMANGA	8078328848
Asociado					
CEDULA DE CIUDADANIA	ASEGURADO PRINCIPAL			FECHA DE NACIMIENTO	CREDITO No.
51893401	Sandra Ortega Martinez			30-04-1968	15-008871-4
¿TRABAJA ACTUALMENTE?	Ocupación / CARGO	ESTADO CIVIL	PESO (Kg)	ESTATURA	VALOR ASEGURADO
SI	Docente	Soltera	80	170	\$ 50.000.000

DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

De manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, AUTORIZO a COOPROFESORES para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado en el presente formato, y que se han incorporado en sus distintas bases de datos y del cual tengo pleno conocimiento de que algunos datos aquí registrados por mí tienen el carácter de sensibles, tales como información relacionada a mi estado de salud, a mi aspecto físico, e impresión dactilar (dato biométrico) que serán usados para: (a) Establecer mi perfil de salud y con ello mi condición de asegurabilidad; (b) Ser enviados a Equidad Seguros de Vida O.C. en caso de que ella lo requiera para el análisis de reclamaciones hechas por mí o quien me represente legalmente; (c) Ser usados por Equidad Seguros de Vida O.C. en el marco de analizar las reclamaciones que se hubieren presentado de mi parte; d) Utilizar mis datos para llevar control sobre la solicitud de crédito y otros productos; e) Autorizo a COOPROFESORES a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y coherer mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa.

Declaro que conozco el carácter facultativo para otorgar la autorización del tratamiento sobre mis datos sensibles y que conozco mis derechos a consultar, actualizar y rectificar mis datos personales para lo cual podré hacerlo conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.cooprofesores.com

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Por lo anterior, doy respuesta a los siguientes interrogantes:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I

1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR

RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?

SI ☐NO ☒

2. TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?

SI ☐NO ☒

3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION

POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.

SI ☒NO ☐

4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES.

SI ☐NO ☒

5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES.

SI ☐NO ☒

6. CANCER.

SI ☐NO ☒

7. DIABETES MELLITIS TIPO I.

SI ☐NO ☒

8. VIH POSITIVO / SIDA.

SI ☐NO ☒

9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

SI ☐NO ☒

10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR

OBSTRUCTIVA CRONICA

SI ☐NO ☒

11. CIRUGIA

SI ☐NO ☒

12. ALCOHOLISMO

SI ☐NO ☒

13. TABAQUISMO/DROGADICCION

SI ☐NO ☒

14. ENFERMEDADES CONGENITAS

SI ☐NO ☒

15. ENFERMEDADES DEL COLAGENO

SI ☐NO ☒

16. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

SI ☐NO ☒

17. HIPERTENSION O PRESION ARTERIAL

SI ☐NO ☒

18. DIABETES (NO INSULINO DEPENDIENTES)

SI ☐NO ☒

19. SOBRE PESO - OBESIDAD

SI ☐NO ☒

SECCION II

1. DISFONIA

SI ☐NO ☒

2. DEPRESION/ANSIEDAD

SI ☒NO ☐

3. ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

SI ☐NO ☒

4. LARINGITIS

SI ☐NO ☒

5. ENFERMEDADES HEPATICAS

SI ☐NO ☒

6. OTRA: _____

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de estos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar el pago de las indemnizaciones a que haya lugar a causa de la reticencia en la presente información.

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C. sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Renta Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en Bucaramanga a los 11 días del mes de Agosto del año 20 22

FIRMA ASEGURADO

