

SOLICITUD DE SEGURO – GRUPO DE VIDA DEUDORES – COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866	TOMADOR COOPROFESORES	NIT 890201280-8	DIRECCION CALLE 39 No. 23-81	CIUDAD BUCARAMANGA	TELEFONO 6076328848
CEDULA DE CIUDADANIA 63368989			ASEGURADO PRINCIPAL SALAZAR VANEGAS NUBIA		FECHA DE NACIMIENTO 16/06/1971
¿TRABAJA ACTUALMENTE? SI		OCUPACIÓN / CARGO DOCENTE	ESTADO CIVIL CASADO	PESO (Kg) 65	ESTATURA 1.68
					CREDITO No. 102205984
					VALOR ASEGURADO 3009000=

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) y 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 tratados 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 cotejar 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		SECCION II	
1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	4. LARINGITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	5. ENFERMEDADES HEPATICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	6. OTRA:	
4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
6. CANCER.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
7. DIABETES MELLITIS TIPO I.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
8. VIH POSITIVO / SIDA .	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
		10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR	
		OBSTRUCTIVA CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		11. CIRUGIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		12. ALCOHOLISMO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		13. TABAQUISMO/DROGADICCION	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		14. ENFERMEDADES CONGENITAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		15. ENFERMEDADES DEL COLAGENO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		16. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		17. HIPERTENSIÓN O PRESIÓN ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		18. DIABETES (NO INSULINO DEPENDIENTES)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		19. SOBRE PESO-OBESIDAD (Actualmente)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

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 el 15 de octubre de 2024

FIRMA ASEGURADO Elvira Salazar Vanegas

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	6076328848
Asociado			Asesora		
CEDULA DE CIUDADANIA	ASEGURADO PRINCIPAL	FECHA DE NACIMIENTO	CREDITO No.		
63368989	SALAZAR VANEGAS NUBIA	16/06/1971	102184786		
OCUPACION / CARGO	ESTADO CIVIL	PESO (kg)	ESTATURA	VALOR ASEGURADO	
DOCENTE	CASADO	65	1.68	70.000.000	

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) y 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 tratados 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 cotejar 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		SECCION II	
1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	4. LARINGITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2. TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	5. ENFERMEDADES HEPATICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	6. OTRA: _____	
4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	11. CIRUGIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
6. CANCER.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	12. ALCOHOLISMO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
7. DIABETES MELLITIS TIPO I.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	13. TABAQUISMO/DROGADICCION	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
8. VIH POSITIVO / SIDA .	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES CONGENITAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	15. ENFERMEDADES DEL COLAGENO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		16. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		17. HIPERTENSION O PRESION ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		18. DIABETES (NO INSULINO DEPENDIENTES)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
		19. SOBRE PESO - OBESIDAD (Actualmente)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

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 retención 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 el 21 de junio de 2024

FIRMA ASEGURADO

Nubia Palazar Vanegar