



COOPERATIVA LABOYANA
DE AHORRO Y CREDITO LTDA.
La oportunidad a su nueva aspiración



ANEXO 4

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo ☐ Grupo Deudores ☐ Protección Familiar ☐
Grupo Aportes ☐ Grupo Directivos ☐ Plan A ☐ B ☐ C ☐

TOMADOR Coolac Ltda.		TOMADOR 891.102.558-9	
DIRECCIÓN Cra 5 N° 4-41		CIUDAD Pitalito	TELÉFONO 8367818
ASEGURADO PRINCIPAL Antonio Lozano Medina		C.C. 12095818	ESTADO CIVIL Casado
PESO (KG) 77	ESTATURA (Mts) 1.70	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	Ocupación Pensionado CARGO
FECHA DE NACIMIENTO 31-01-1946	CORREO ELECTRÓNICO rokappa_tp@hotmail.com		VALOR ASEGURADO \$14.500.000 =

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	"Documento (C.C. - C.E. - T.I. - R.C)"	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES ☐
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES ☐
3. CÁNCER ☐
4. DIABETES ☐
5. VIH POSITIVO / SIDA ☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ☐
7. "EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA" ☐

8. CIRUGÍA ☐
9. ALCOHOL ☐
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO ☐
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS ☐

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) E control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias de mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad Podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada a las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en Pitalito a los 17 días del mes de Abril del año 2019

FIRMA ASEGURADO

Autoriza Ingreso:

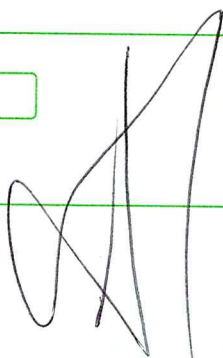
Si

☐

No

☐

Nombre y firma de quien autoriza



12095818



**COOPERATIVA LABOYANA
DE AHORRO Y CREDITO LTDA.**

La oportunidad a su nueva aspiración



Huella del índice derecho del asegurado



**COOPERATIVA LABOYANA
DE AHORRO Y CREDITO LTDA.**
La oportunidad a su nueva aspiración



**equidad
seguros**
La aseguradora de la mayoría

ANEXO 4

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo ☐ Grupo Deudores ☐ Protección Familiar ☐
Grupo Aportes ☐ Grupo Directivos ☐ Plan A ☐ B ☐ C ☐

TOMADOR Coofac Ltda		C.C./NIT 391.102.558-9	
DIRECCIÓN Cra 5 N° 4-41		CIUDAD Pitalito	TELÉFONO 8367818
ASEGURADO PRINCIPAL Antonio lozano Medina		C.C. 12095818	ESTADO CIVIL Casado
PESO (KG) 77	ESTATURA (Mts) 1.70	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	OCUPACIÓN Pensionado CARGO
FECHA DE NACIMIENTO 31-01-1946		CORREO ELECTRÓNICO rokafop-tp@hotmail.com	VALOR ASEGURADO \$4.000.000 =

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	"Documento (C.C - C.E. - T.I. - R.C)"	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | |
|--|---|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES ☐ | 8. CIRUGÍA ☐ |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES ☐ | 9. ALCOHOLISMO ☐ |
| 3. CANCER ☐ | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐ |
| 4. DIABETES ☐ | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐ |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA ☐ | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐ |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ☐ | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO ☐ |
| 7. "EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA" ☐ | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS ☐ |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas. a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en Pitalito a los 19 días del mes de Enero del año 2017

FIRMA ASEGURADO

Autoriza Ingreso:

Si



No



Nombre y firma de quien autoriza



**COOPERATIVA LABOYANA
DE AHORRO Y CREDITO LTDA.**



Huella del índice derecho del asegurado

La oportunidad a su nueva aspiración