

## 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 6078328848
CEDULA DE CIUDADANIA 40922208		ASEGURADO PRINCIPAL DE LA HOZ PICHON CHAFFIT DE ORO		FECHA DE NACIMIENTO 16/10/1968	CREDITO No. 102126231
OCUPACION / CARGO DOCENTE		ESTADO CIVIL SOLTERO	PESO (Kg) 73 Kgs	ESTATURA 1.60	VALOR ASEGURADO 30.000.000

## 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 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](http://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

- HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO? SI ☐ NO ☒
- TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ? SI ☐ NO ☒
- ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN. SI ☐ NO ☒
- AFECCIONES CARDIOVASCULARES. SI ☐ NO ☒
- AFECCIONES CEREBROVASCULARES. SI ☐ NO ☒
- CANCER. SI ☐ NO ☒
- DIABETES MELLITIS TIPO I. SI ☐ NO ☒
- VIH POSITIVO / SIDA. SI ☐ NO ☒
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. SI ☐ NO ☒

## 10. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

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 (Actualmente) 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: Ninguna.

## 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.

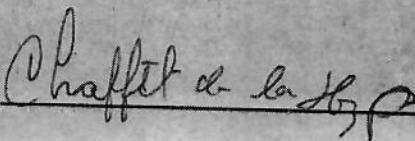
Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de la IPS o EPS, o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la Equidad Seguros de Vida O.C., sobre mi estado de salud pasada y presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se 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](http://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 14 de agosto de 2023

FIRMA ASEGURADO



## SOLICITUD DE SEGURO – GRUPO DE VIDA DEUDORES – COOPROFESORES

POLIZA No. AA010866		CIUDAD Y FECHA Bucaramanga 18 Enero 2022		CREDITO No. 102070877
TOMADOR COOPROFESORES		CEDULA DE CIUDADANIA		890201280-8
DIRECCION CALLE 39 No. 23-81	CIUDAD BUCARAMANGA		TELEFONO 8328848	
ASEGURADO PRINCIPAL Chaffit de Oro de la Hoz Pichón		CEDULA DE CIUDADANIA		40922208
FECHA DE NACIMIENTO 16-10-1968	OCUPACION Docente	CARGO Docente	VALOR ASEGURADO 37.000.000=	
ESTADO CIVIL Soltera	PESO (Kg) 77	ESTATURA (mts) 1.60	¿TRABAJA ACTUALMENTE? Si	

## 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 (dado 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 coleccionar 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](http://www.cooprofesores.com)

- En la presente póliza, el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
- Así mismo, poseo pleno conocimiento de las condiciones de amparo del presente seguro.
- 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

- HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUIDAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?
- TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?
- ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.

SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒

- AFECCIONES CARDIOVASCULARES.
- AFECCIONES CEREBROVASCULARES.
- CANCER.
- DIABETES MELLITIS TIPO I.
- VIH POSITIVO / SIDA .
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒

## 10. EPOC – ENFERMEDAD PULMONAR

OBSTRUCTIVA CRONICA

SI ☐ NO ☒

## 11. CIRUGIA

SI ☐ NO ☒

## 12. ALCOHOLISMO

SI ☐ NO ☒

## 13. TABAQUISMO/DROGADICCION

SI ☐ NO ☒

## 14. HIPERTENSION ARTERIAL

SI ☐ NO ☒

## 15. DIABETES TIPO II.

SI ☐ NO ☒

## 16. ENFERMEDADES CONGENITAS

SI ☐ NO ☒

## 17. ENFERMEDADES DEL COLAGENO

SI ☐ NO ☒

## 18. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

SI ☐ NO ☒

## SECCION II

- DISFONIA
- DEPRESION/ANSIEDAD
- ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

SI ☐ NO ☒SI ☐ NO ☒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:

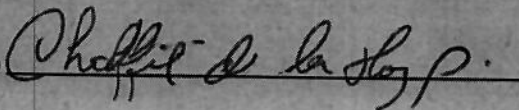
Como asegurado principal garantizo que la información sobre mi estado de salud acá registrada corresponde a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos. Así mismo declaro que tengo pleno conocimiento de que si omito mi real estado de salud, La Equidad Seguros podrá objetar 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.

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 18 días del mes de Enero del año 2022

FIRMA ASEGURADO



Impresión dactilar

