

Fecha		
Día	Mes	Año

### TOMADOR

Entidad Contratante		<b>Banco Pichincha S.A.</b>	NIT.		<b>890.200.756-7</b>
Sucursal	<b>231</b>	Nombre Asesor	Identificación Asesor		Ciudad

### ASEGURADO

Nombres y Apellidos			Tipo y Número de Identificación			Fecha de Nacimiento		
						Día Mes Año		
Edad	Correo Electrónico		Actividad/Profesión		Oficio que usted desempeña			
Dirección Residencia			Ciudad	Departamento		Teléfono		Celular
Peso aproximado en Kilogramos.			Estatura	Sexo	Valor Asegurado Solicitado			
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	\$			

### AMPAROS

AMPARO BÁSICO DE VIDA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Derrames cerebrales, parálisis, convulsiones - epilepsia o migraña; Trastornos cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca, enfermedades en venas o arterias; Trastornos pulmonares como asma, tuberculosis, epoc; Trastornos gastrointestinales como ulcera o gastritis, cálculos biliares, masas hepáticas, pancreatitis, hernias, hemorragia intestinal o pólipos; Trastornos renales como ausencia de riñón, anomalías renales, insuficiencia renal crónica, infecciones urinarias repetición, cálculos renales o problemas de vejiga; Trastornos endocrinos en tiroides, diabetes mellitus, colesterol - triglicéridos o tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida ; Trastornos musculoesqueléticos como hernias discales, gota, lumbago; Trastornos autoinmunes como artritis reumatoidea, lupus, síndrome antifosfolípido; Trastornos psiquiátricos como anorexia, autismo o depresión; Trastornos genitales como masas en mamas o útero, hemorragia uterina anormal o quistes ováricos. Lesiones en pene, próstata o testículos. Enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, gonorrea, condiloma o infección por vph; Trastornos alérgicos o dermatitis; Cáncer de tiroides, mama, ovario o testículo o desordenes sanguíneos como anemia, leucemia o linfomas? Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico _____	SI <input type="checkbox"/>  NO <input type="checkbox"/>
2. Si en su leal saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Ha sido sometido a cirugías Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente. Tiene algún procedimiento pendiente? Si su respuesta es afirmativa explique detalladamente _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. <b>SOLO PARA MUJERES.</b> Se encuentra en embarazo? A tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. <b>RESPONDER SOLO SI LA PREGUNTA 1 O 2 ES AFIRMATIVA</b> en su familia hay casos de cáncer, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón o muerte súbita? Explique detalladamente _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Practica algún deporte considerado de alto riesgo, ejemplo: Alpinismo, automovilismo, aviación no comercial o ultralivianos, buceo, carreras de autos, motociclismo, montañismo, paracaidismo. En caso afirmativo, suministre detalles _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Alguna Compañía de Seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales? En caso afirmativo, suministrar detalles: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En el evento de siniestro, autorizo a BANCO PICHINCHA S.A a descontar el pago de la Indemnización el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del Siniestro, el excedente, si lo hubiere, solicito sea entregado a los beneficiarios descritos a continuación:

### BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Tipo y Numero de Documento	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%

### AUTORIZACIONES

**AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA** "De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento."

**AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO** "en caso de celebrarse el contrato de seguros que mediante este documento solicito, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., a renovar de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que Liberty, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a treinta (30) días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

**CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO.** "Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO FORMA 02/09/2019-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005-D001** las cuales se encuentran disponibles en la página web de Liberty [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co)

**DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO** que, la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora haga del mismo de manera expresa.

**AFIRMO QUE MIS ACTIVIDADES**, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

**SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS** Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, sea revocado a vencimiento de la vigencia en curso, en caso de ser incluido en listas de la ofac y/o de la onu; cuando esta circunstancia se presente y solicito se informe de ello al oficial de cumplimiento de la aseguradora.

**RETICENCIA:** Aplicación del concepto de reticencia y preexistencia para el amparo básico e incapacidad total y permanente; Se aclara, que cuando se diligencien declaraciones de asegurabilidad por créditos menores o iguales a doscientos cincuenta millones de pesos (\$250.000.000) no tendrán efecto las sanciones contenidas en los Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio.

**COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO.**

**NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.**

#### CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES LIBERTY SEGUROS S.A.

Yo \_\_\_\_\_, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° \_\_\_\_\_, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de LIBERTY SEGUROS S.A. (en adelante LIBERTY) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.008.645-7 respectivamente, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: [atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com) o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LIBERTY, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos:

#### AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo en caso que suscriba con LIBERTY, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos; v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora; vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LIBERTY y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LIBERTY tales como asesores y consultores; a mi(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LIBERTY, tales como: ajustadores de seguros, call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos;
2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LIBERTY.
3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de LIBERTY:

#### AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISIÓN DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con LIBERTY, sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LIBERTY, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LIBERTY, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., 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, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iv) LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LIBERTY y a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S., para que con fines estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

Huella Dactilar

Para constancia se firma en

a los

días del mes de

de

Índice Derecho

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
C.C. No.

\_\_\_\_\_  
DE