

CERTIFICADO PÓLIZA - SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

Póliza No

No. Consecutivo

Fecha de Diligenciamiento: Día Mes Año Hora: Inicio Vigencia: Día Mes Año Hora: Terminación Vigencia: Día Mes Año Hora:

Ciudad Diligenciamiento: Tomador/Beneficiario: NIT:

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombres y Apellidos: C.C. C.E. T.I. Otro No.

Fecha de expedición del documento de identidad Día Mes Año Fecha de nacimiento Día Mes Año Lugar: Edad: Género: M F

Dirección Residencia: Teléfono Residencia: Ciudad:

Teléfono Celular: Teléfono Oficina: E-mail:

Ocupación: Estado Civil: Valor Asegurado Inicial: No. de Crédito:

BENEFICIARIOS EN CASO DE EXCEDENTES DE VALOR ASEGURADO Y/O OTROS AMPAROS

Nombres y Apellidos	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Fecha de Expedición del Documento			Parentesco	Edad	Fecha de Nacimiento	Porcentaje
			Día	Mes	Año				

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Conteste la totalidad de las preguntas con la verdad de acuerdo con su leal saber y entender. En caso de omitir parcial o totalmente información el seguro podrá ser nulo, según lo estipulado en el Código de Comercio.

1	¿Cuál es su peso en kilos? <input type="text"/> Kilos - ¿Cuál es su Estatura en metros? <input type="text"/> Metros	
2	¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo neurológico como trombosis o derrames o hemorragias cerebrales, tumores cerebrales, parálisis, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, enfermedades psiquiátricas, psicológicas o mentales u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón, cardíacas o vasculares como hipertensión arterial, infarto, enfermedad de las arterias coronarias, arritmias cardíacas o problemas de las válvulas cardíacas u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores malignos de cualquier parte del cuerpo, leucemias, linfomas, tumores del bazo o de los ganglios, sarcomas, o ha recibido radioterapia o quimioterapia u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	¿Padece o ha padecido enfermedades respiratorias como asma, enfisema pulmonar, EPOC, bronquitis crónica, o tiene que usar oxígeno por orden médica u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	¿Padece o ha padecido afecciones endocrinas, tales como alteraciones de la tiroides o diabetes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	¿Consumo bebidas alcohólicas más de tres veces por semana o en exceso o consume sustancias psicoactivas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	¿Le han detectado la presencia de anticuerpos contra el virus VIH productor del SIDA, ha sido VIH positivo, prueba de Elisa positiva o le han diagnosticado con SIDA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	¿Padece o ha padecido enfermedades de órganos del abdomen como cirrosis hepática, hepatitis tipo B ó C, pancreatitis crónica u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	¿Padece o ha padecido enfermedades genitales o urinarias como cálculos en los riñones o en las vías urinarias, falla o insuficiencia renal por cualquier causa, diálisis peritoneal o hemodiálisis u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	¿Padece o ha padecido enfermedades de tipo reumatológicas, autoinmunes o del colágeno como artritis reumatoide, esclerosis múltiple, síndrome antifosfolípidos, esclerosis lateral amiotrófica, trastornos inmunológicos, reumatológicos, lupus u otras?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	¿Ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o condición médica que requiera o haya requerido cirugía, manejo o controles médicos o que requiera de tratamiento permanente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	¿Se encuentra en espera de alguna cirugía prevista, o en proceso de estudios, investigaciones, exámenes, procedimientos, cirugías, biopsias o intervenciones por síntomas, manifestaciones o molestias pendientes de ser diagnosticadas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	¿De ser mujer, se encuentra en estado de embarazo? ¿Ha tenido enfermedades o tumores de los senos, ovarios o el útero o le han operado el útero o matriz?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

De las respuestas contestadas afirmativamente, sírvase ampliar la información:

No. de Pregunta	Nombre de la enfermedad, lesión, afección, problema, síntomas o condición	Fecha de Aparición	Tratamiento, cirugías manejos terapias recibidas	Estado Actual

Sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la compañía de seguros para verificar y pedir ante cualquier médico, odontólogo o institución hospitalaria, así como de otras compañías de seguros la información necesaria sobre mis antecedentes, incluyendo la historia clínica y la carta dental respectiva, aun después de mi fallecimiento.

OBSERVACIONES: UTILIZAR ESTE CAMPO PARA AMPLIAR ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES, ACLARE DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTOS, FECHAS, SECUELAS, ESTADO ACTUAL, ETC.)

El tomador y/o asegurado debiera(n) declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan su estado de salud. Todas las declaraciones sobre los antecedentes médicos contenidos en este cuestionario, son requisitos y parte integrante del contrato de seguro, por lo que cualquier reticencia en la información podría generar la nulidad del contrato e impedir la indemnización de cualquier reclamación futura. Autorizo de manera permanente irrevocable a la compañía o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de proceso, conserve, consulte, suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnica de seguros, financiera y comercial mía a centrales de datos o a cualquier otra entidad autorizada. Adicionalmente, autorizo expresamente, a la compañía para consultar las base de datos de seguros de vida y personas relativas o reclamaciones o indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demas que permitan un conocimiento adecuado de mi perfil de riesgo. Así mismo, la autorizo que informe a esas mismas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinente en la relación con el seguro celebrado o que se vaya a celebrar sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente, a la compañía de seguros para verificar y pedir ante cualquier médico, odontólogo o institución hospitalaria, así como de otras compañías de seguros, la información necesaria sobre mis antecedentes, todo mi historial médico incluyendo la historia clínica y la carta dental respectiva, aun después de mi fallecimiento.

PERIODICIDAD DEL COBRO

Mensual Trimestral Semestral Anual Valor prima total

FIRMAS

Firma Asegurado

Firma Asesor

Luisa Maya E
Luisa Fernanda Maya
SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.
Firma Autorizada

A ESTE PRODUCTO DE SEGUROS LE SERÁN APLICABLES LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA REGISTRO CONDICIONADO 19092022-1322-P-34-VIDA_GRUPO_GRAL3-DO01 QUE SE ENCUENTRAN PUBLICADAS EN LA PÁGINA WEB WWW.SBSEGUROS.CO Y QUE ESTÁN DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O SOLICÍTELOS A SERVICIO.CLIENTE@SBSEGUROS.CO

CERTIFICADO PÓLIZA - SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):.....
2. Tanto mi Actividad, Profesión u Oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo No provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo ha actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a las compañías de Seguros, Sociedades de Capitalización e Intermediarios de Seguros, con los que mantengo una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. **REVOCACIÓN:** La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a SBS SEGUROS surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación.

CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGOS: Autorizo de manera permanente a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras aseguradoras, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice información de carácter financiero y comercial, desde el momento de solicitud de seguro a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los terminos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado, relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal económico que estime pertinente.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD: Con el propósito de proteger sus datos personales, SBS Seguros Colombia S.A ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos para comunicarnos con usted y enviarse información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales de SBS Seguros, asuntos relacionados con el contrato de seguro y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por SBS Seguros. Usted cuenta con los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, y en especial tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información suministrados y podrá revocar las autorizaciones que aquí constan en cualquier momento. Adicionalmente, se le informa que son facultativas las respuestas a las preguntas que se le han hecho o se le harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) o sobre datos de niñas, niños y adolescentes; por lo cual usted no se encuentra obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

Así, por este medio Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a SBS Seguros, a las demás sociedades del grupo y/o terceros con quienes SBS Seguros sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social (incluidos proveedores, FASECOLDA, INIF, INVERFAS S.A., entre otros), establecidos dentro o fuera del territorio nacional, para que utilice(n) los datos personales, incluidos los sensibles, que voluntariamente nos ha suministrado con los fines antes descritos. De igual forma, Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a SBS Seguros a consultar y reportar información relativa a su comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Por medio del presente documento, usted acepta la Política de Privacidad de Datos de SBS Seguros, la cual se encuentra disponible en la página web www.sbseguros.co, puedo solicitar una copia en la línea de Atención al Cliente al 01 8000 911 360 y #360 a nivel nacional y en Bogotá 313 8700 o en sus oficinas; política que usted reconoce es de su interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a SBS Seguros información de otra persona, usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de SBS Seguros Colombia.

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

1. ¿Es usted una persona expuesta políticamente ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es afirmativa: Diligencie el anexo 1 para PEP y vinculados.
2. ¿Existe algún vínculo entre Usted y una persona considerada expuesta políticamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

1. Personas expuestas políticamente: El concepto de Personas Expuestas Políticamente (PEP) comprende a las i) Personas Expuestas Políticamente, según la definición contemplada en el Decreto 830 de 2021, ii) los PEP extranjeros y iii) los PEP de organizaciones internacionales. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 830 / 2021) a los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos. Los PEP de organizaciones internacionales son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente y los PEP extranjeros son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos

2. Vinculados: Las personas que tienen una i) sociedad conyugal, de hecho o de derecho con un PEP; ii) sea familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de un PEP; y iii) sea asociado cercano de un PEP

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. ESTO CON BASE EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Y SUPLENTE

Principal: José Guillermo Peña González Suplente: Cesar Alejandro Pérez Hamilton	E-mail: defensorsbs@pgabogados.com Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8 a.m. a 5.30 p.m. Jornada Continúa Dirección: Avenida 19 No. 114 - 09, Oficina 502 Bogotá D.C. Colombia	Tel: (601) 213 13 70 - (601) 213 1322 - Bogotá D.C Cel: 321 924 04 79 Página Web: www.penajaramillo.com
---	--	---