



GENERALI COLOMBIA VIDA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.010.170-7

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO
/O ACCIDENTES PERSONALES



SUCURSAL		FECHA SOLICITUD		Tomador: CREZCAMOS S.A.	
				NIT o C.C. 900.211.263-0	
		Día Mes Año		Dirección: CR 23 N° 28-27 BARRIO ALARCON	
				Ciudad: BUCARAMANGA	
				Teléfono: 6450500	
DATOS ASEGURADO PRINCIPAL					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Documento de identificación		Lugar de expedición		Género	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No. _____				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nivel educativo		Profesión u ocupación		Fecha de nacimiento	
Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				AÑO MES DÍA	
Estado civil		Estatura		Peso	
Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Parado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>					
Tipo de vivienda		Estrato		Número de hijos	
Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Dirección asegurado principal		Salario		Suma asegurada	
Tipo Dirección Departamento Municipio		Tipo Número		Teléfono	
		Celular			
Tipo dirección: 1: Comercial 2: Domicilio 3: Otro					
Tipo teléfono: 1: Comercial 2: Domicilio 3: Otro					
TIPO DE PRODUCTO					
Vida Grupo		Accidentes Personales		Individual a Primera Pérdida <input type="checkbox"/>	
Vida Grupo Deudor <input type="checkbox"/>				Colectiva <input type="checkbox"/>	
Vida Sicura a Primera Pérdida <input type="checkbox"/>				Otro (especificar) _____	
CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD					
Si alguna respuesta es afirmativa, indique diagnóstico, fecha, tratamiento y estado actual.					
PREGUNTA		SI		NO	
1. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por: cualquier tipo de cáncer, tumores malignos, leucemias, linfomas, trastornos cardíacos, arritmias cardíacas, infartos o dolor torácico cardíacos, trastornos en las válvulas cardíacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, trastornos neurológicos crónicos, hepatitis B o C, diabetes, cirrosis, anemia falciforme, enfermedad poliquística renal, insuficiencia renal o trastornos renales crónicos, infección por VIH, trastornos de la coagulación, trastornos osteoarticulares, trastornos vasculares, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, trasplantes previos? ¿Si es mujer, dos (2) miembros del núcleo familiar, -madre, hermanas-, han padecido cáncer de seno? ¿Sufre usted y/o su familia el trastorno hereditario dislipidemia familiar o de poliposis vellosa o adenomatosa familiar?					
2. ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos?					
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? ¿Esta siendo estudiado o desea ser estudiado por una Junta o comisión médica de estudio de invalidez?					
4. ¿Sufre o recientemente se ha detectado o le han visto alguna condición que requiera de estudios o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de estudios y/o tratamientos médicos?					
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?					
6. ¿Practica deportes peligrosos?					
7. ¿Está solicitando o tiene otro seguro de vida deudor en otras aseguradoras?				Aseguradora: _____ Valor Asegurado _____	
8. ¿Ha recibido amenazas de secuestro o muerte o le han solicitado contribuciones para evitarlo?					
9. ¿Tiene usted o su cónyuge otras pólizas vigentes con Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A.?				¿Por qué valor? _____	
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA EL ASEGURADO (LEER ANTES DE FIRMAR)					
Declaro en mi nombre que lo escrito en esta solicitud es verídico, exacto, completo y que no ejerzo una actividad al margen de la Ley. Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A. se reserva todos los derechos que pueda asistirle en caso que en cualquier momento, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud u ocupación al momento de aceptarse el seguro (Código de Comercio Art. 1058 – 1158). En desarrollo del Art. 34 de la ley 23 de 1981, expresamente autorizo a GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ellas se registren o lleguen a ser registrados. Autorizo igualmente a las instituciones prestadoras de salud o los médicos tratantes la entrega directa a Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A. de esta información o segundas opiniones médicas, aún después de mi fallecimiento.					
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS					
Autorizo de manera permanente e irrevocable a las aseguradoras Generali Colombia Seguros Generales S.A. y Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A., en adelante "Generali Colombia", las cuales tienen los siguientes datos de contacto: domicilio principal ubicado en Bogotá D.C. en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@generali.com.co o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o compañía con la cual Generali Colombia tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la(s) aseguradora(s) o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados.					
Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la(s) aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de Generali Colombia que se encuentra en www.generali.com.co / Atención al Cliente/ Protección de Datos, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.					
Certifico que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con lo que se indica anteriormente.					
Se firma el presente, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 _____.					
GENERALI COLOMBIA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		TOMADOR		FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL C.C. No. _____	
				HUELLA ÍNDICE DERECHO	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

F-004-22-03

REV. SEPT. 2016

GCY 13-51-09/16

Original Aseguradora-Copia Inmediario-Copia Azul Asegurado