

De los productos de seguro que el tomador ha convenido con la aseguradora, por favor seleccione los que usted desea adquirir:

Póliza Vida Grupo N°:
 Póliza Vida Deudor N°:
 Póliza de Desempleo N°:
 Póliza de Accidentes Personales N°:

La información aquí contenida puede corresponder a datos personales sensibles, los cuales serán tratados con la reserva y confidencialidad exigida por la normatividad vigente. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas sinceramente y con absoluta veracidad, ya que la inexactitud en la información suministrada produce la nulidad relativa del contrato de seguro.

1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre / Razón social:
NIT:
Fecha inicio vigencia:

2. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos:
Nombres:
Tipo documento:
N°:
Fecha expedición:
Lugar expedición:
Nacionalidad:
Fecha nacimiento:
Estado civil:
Sexo: M F
Dirección residencia:
Departamento:
Ciudad:
Teléfono:
Celular:
Correo electrónico:
Ocupación:
Tipo contrato:
Salario:
Valor asegurado:

¿Es usted ciudadano estadounidense o posee Green Card?: Sí No
Si su respuesta es sí, ¿tiene permiso de trabajo en Colombia? Sí No

Tipo de documento: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia).

3. AMPAROS

Los amparos incluidos en la(s) póliza(s) de (los) seguro(s) que se solicita(n) serán los convenidos por la aseguradora con el tomador para el grupo asegurable, siempre y cuando el solicitante sea elegible para cada uno de esos amparos, de conformidad con las condiciones contenidas o anexas a este documento. La aseguradora comunicará al tomador de la póliza por cualquier vía, la aceptación, rechazo o aplazamiento de su solicitud de seguro. En caso de aceptación, la fecha de la comunicación corresponderá a la fecha a partir de la cual se entenderá que usted queda habilitado para ser incluido en el grupo asegurado. Para ver las Condiciones Generales de las pólizas, por favor ingresar a la página web www.zurichseguros.com.co > Nuestros Productos > Clausulados. Si necesita copia física de las mismas, por favor solicítelas al correo atencioncliente@zurich.com.

4. BENEFICIARIOS (Diligenciar en caso de aplicar)

ID	N° Identificación	%	Apellidos, Nombres	Parentesco	Producto/Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si requiere más campos adicionales para relacionar sus beneficiarios, por favor solicitar el formato de designación o actualización de beneficiarios. La suma de los porcentajes asignados a cada uno de los beneficiarios debe ser el 100% en cada uno de los productos. En caso de no hacer distinción de beneficiarios por productos, se entenderá que son los mismos para todos los productos.

ID: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia), TI (Tarjeta de Identidad), RC (Registro Civil).
 Parentesco: PR (Progenitor [Padre - Madre]), CP (Compañero[a] Permanente), HI (Hijo), FA (Familiar).
 Producto/Póliza: VG (Vida Grupo), VD (Vida Deudor), D (Desempleo), AP (Accidentes Personales).

5. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Yo, el abajo firmante, declaro que:

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida (seleccione): Sí No

A continuación marque la casilla correspondiente, si padece alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones de salud:

Mental - psiquiátrica
 Renal
 Cardiovascular
 Gastrointestinal
 Cerebrovascular
 Pulmonar

Hipertensión arterial
 Cáncer
 SIDA
 Diabetes
 Drogadicción
 Artritis

Tabaquismo:
 Alcoholismo:

En caso de padecer o haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente, o en caso de padecer o haber padecido una enfermedad distinta y/o cirugías explique:

Enfermedad:
Año de diagnóstico:

Tratamiento actual:

Adicionalmente, para fines del control de su estado de salud, solicitamos la siguiente información: **Peso (Kg.):**
Estatura (m.):

6. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y OBSERVACIONES

Declaro que conozco y acepto que cualquier enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la vigencia, no será cubierta por este seguro. Conozco y entiendo que la póliza de seguro se expedirá en consideración a la veracidad de las declaraciones contenidas en esta solicitud y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro quedará viciado de nulidad. Zurich Colombia Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que mis declaraciones no correspondían a mi verdadero estado de salud, profesión, ocupación u oficio en el momento de aceptarse el seguro (Artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Declaro expresamente que: 1) 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. 2) La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3) Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas. 4) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividades o negocio).

Origen:

Autorizo de manera permanente e irrevocable a la Compañía o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos,

Como constancia de haber leído las condiciones particulares que se adjuntan a la solicitud y haber entendido las coberturas, exclusiones y alcance en general del(los) seguro(s) que solicito, y haber leído, entendido y diligenciado el formulario precedente, firmo a continuación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES: Autorizo a Zurich Colombia Seguros S.A. para que trate mis datos personales y de terceros, respecto de los cuales cuento con su autorización para suministrarlos, incluidos los datos sensibles y datos de menores y adolescentes que llegué a suministrar, con el objeto de adelantar los fines descritos en la Autorización para el Tratamiento de Datos Personales, así como los descritos en la Política de Datos Personales, los cuales se encuentran en la página de web www.zurichseguros.com.co. Mis datos personales serán tratados por Zurich Colombia Seguros S.A. como Responsable, o por los encargados que éste designe. Declaro que conozco los derechos que me asisten en calidad de Titular de la información, los cuales se encuentran igualmente descritos en la página web www.zurichseguros.com.co. Los datos de identificación y contacto de Zurich Colombia Seguros S.A. como Responsable se encuentran a mi disposición en la página web www.zurichseguros.com.co. Declaro que conozco el carácter facultativo que tiene el suministro de datos sensibles y datos de menores y adolescentes. De manera expresa previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los datos sensibles, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

AUTORIZO: Sí No
FIRMA:

Condicionado aplicable:
Ciudad de diligenciamiento:
Fecha de diligenciamiento:

Para resolver inquietudes acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de sus datos personales y cómo tramitar una reclamación, contáctenos en la línea 018000 112 723 y en la web: www.zurichseguros.com.co, en donde también podrá encontrar los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.