SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
JFK COOPERATIVA FINANCIERA

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JFK Cooperativa Financiera

IMPORTANTE: Todas la preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con la firma .

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL
					MEDELLÍN

EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO APLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO, SI TRANSCURRIDO EL TERMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., NO EXPIDE LA POLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (Número de Identificación Tributaria)	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
NIT No. **890.907.489-0**		**JFK Cooperativa Financiera**

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS	NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula, C.E. Cedula Extranjeria, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjeria, R.C. Registro Civil)	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	FECHA DE EXPEDICIÓN MES	FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN
C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO_____ No. _____				

FECHA DE NACIMIENTO DÍA	FECHA DE NACIMIENTO MES	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	SEXO BIOLÓGICO	SEXO EN DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ESTADO CIVIL	DIRECCIÓN DE DOMICILIO
			F ☐ M ☐	F ☐ M ☐ NB (no binario) ☐ T(Transgénero) ☐	SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐	

CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	NÚMERO DE CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO	INGRESOS MENSUALES

PROFESIÓN	OCUPACIÓN DETALLADA

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Consume actualmente algún medicamento SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL? _____

A que EPS e IPS está afiliado. EPS _____ IPS _____ ESTATURA _____ PESO _____

Fuma cigarrillo, tabaco o pipa, consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia?

SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia. _____

¿HA PADECIDO O SE LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, DILIGENCIE LOS CUADROS COMPLEMENTARIOS

TIPO DE ENFERMEDAD	SI	NO	FECHA DE APARICIÓN OCURRENCIA O PRÁCTICA	CUAL ENFERMEDAD / TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	ESTADO ACTUAL
CARDIACA O VASCULAR					
HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
PULMONARES, ASMA, TUBERCULOSIS					
DIGESTIVAS (ÚLCERAS, PÓLIPOS, QUISTES, HERNIAS, COLON)					
RENALES Y/O GENITOURINARIAS (PRÓSTATA, TESTÍCULOS, ÚTERO, OVARIOS, TROMPAS DE FALOPIO).					
ENFERMEDADES HEPÁTICAS (HIGADO, PÁNCREAS)					
ENFERMEDADES VENÉREAS					
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, REUMATISMO, ARTRITIS					
MENTALES (TRASTORNO BIPOLAR, ALZHEIMER, DEPRESIÓN)					
NERVIOSAS (EPILEPSIA, TRASTORNOS EMOCIONALES)					
DIABETES MELLITUS					
CÁNCER, LEUCEMIA, LINFOMA, TUMOR MALIGNO O METÁSTASIS EN LOS ÚLTIMOS CUATRO (4) AÑOS SI ES MAYOR DE EDAD O EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS SI ES MENOR DE EDAD					
CEREBRO VASCULAR					
SIDA / VIH					
¿LE HA OCURRIDO ACCIDENTES O LESIONES GRAVES?					
DEFORMIDADES O MALFORMACIONES					
OTRAS ENFERMEDADES NO DESCRITAS ANTERIORMENTE					
¿HA TENIDO, O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ENFERMEDADES, ACCIDENTES O LESIONES QUE HAYAN TENIDO QUE SER TRATADAS MÉDICAMENTE O QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABE SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?					
¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON TRASTORNOS MENTALES O ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS?					
¿HA SIDO HOSPITALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?					
¿SE HA SOMETIDO A CIRUGÍAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?					
¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA CIRUGÍA?					
(MUJERES) ¿SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO?			¿MES ESPERADO DE PARTO?		
(MUJERES) ¿COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS U OBSTÉTRICAS?			¿CUÁL?		
(MUJERES) ¿HA TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES?			¿HA TENIDO COMPLICACIONES EN ESOS EMBARAZOS SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL?		

IMPRESO POR RAMIREZ IMPRESORES S.A.S. NIT.860.350.626-1 PBX: (601) 747 0610

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**, ambas en adelante identificadas como SEGUROS DEL ESTADO, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

(i) El trámite de vinculación como consumidor financiero, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; **(ii)** Para el proceso de negociación, celebración y prestación de servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vinculo contractual celebrado con SEGUROS DEL ESTADO, incluyendo la determinación y análisis de primas, como evaluación de riesgos, así como, posteriores gestiones de adquisición, renovación y prestaciones de asistencias derivadas del contrato de seguro; **(iii)** Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Atender y gestionar reclamaciones, así como, determinar y liquidar pagos de siniestros; **(vi)** Con el propósito de gestionar y dar respuesta a las peticiones, quejas y reclamos, así como mantener contacto para el seguimiento que corresponda; **(vii)** Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; **(viii)** Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios como comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación; **(ix)** Para mejorar las iniciativas comerciales y promocionales, así como, el envío de ofertas de productos y servicios, lo que incluye venta cruzada, propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como de compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; **(x)** Transmisión y transferencia de información a terceros ubicados a nivel nacional y/o internacional, con los que se tenga una relación operativa que provean los servicios necesarios para la debida operación de **SEGUROS DEL ESTADO; (xi)** Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las compañías tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; (xii) Construir perfiles de los titulares, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; (xiii) Autorizar el tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles cuando aplique, mediante el uso y/o desarrollo de sistemas de decisiones automatizadas, algoritmos y herramientas basadas en Inteligencia Artificial (IA), propias de **SEGUROS DEL ESTADO** o de sus encargados, con el fin, de analizar la información suministrada y apoyar la cotización, suscripción, emisión, administración de pólizas, gestión de siniestros, prevención del fraude y mejora de la calidad del servicio, así como, cualquier actividad relacionada con la operación de seguros garantizando en todo caso la seguridad, confidencialidad, transparencia y control humano; (xiv) Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como, enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; (**xv)** Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de **SEGUROS DEL ESTADO; (xvi)** Para consulta, cargue y uso en SIGAR, SISA, CEXPER y RUNT; **(xvii)** Para cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes y entidades administrativas como judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; **(xviii)** Para ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y **(xix)** Todas las demás finalidades que se definan en la política de privacidad y tratamiento de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por SEGUROS DEL ESTADO o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por SEGUROS DEL ESTADO.

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por SEGUROS DEL ESTADO para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual, estará habilitado a través del portal corporativo https://www.segurosdelestado.com/pages/contactenos/2 o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com, en el enlace https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Es importante recordar que, la Política de Privacidad y de Tratamiento de Datos Personales de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en **https://www.segurosdelestado.com/pages/Politica-tratamiento-datos-personales.**

CANALES: En cumplimiento de la Ley 2300 de 2023, AUTORIZO de manera libre, expresa, inequívoca, voluntaria e informada a SEGUROS DEL ESTADO y a las entidades que esta delegue, para realizar actividades de cobranza y enviar mensajes publicitarios o comerciales relacionados con los productos y servicios ofrecidos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a SEGUROS DEL ESTADO en el siguiente enlace **https://smartsupervision.segurosdelestado.com/PQRSD_GENERALES/Publica/,** opción Tipo: Solicitud de Acceso a la Información.

Finalmente, con la aceptación de esta autorización, declaro que he proporcionado a SEGUROS DEL ESTADO datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales, podrán ser utilizados para contactarme.

DEBER DE INFORMACIÓN

Declaro que he recibido de SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. y/o de la COOPERATIVA FINANCIERA JOHN F. KENNEDY, información cierta, suficiente, clara, oportuna y comprensible sobre las coberturas, exclusiones, condiciones, vigencia, prima, derechos, obligaciones, procedimiento de reclamación y demás características relevantes de la póliza de vida grupo deudor, información que me ha permitido adoptar una decisión libre e informada. Así mismo, declaro que he sido informado sobre el procedimiento, los plazos y la documentación requerida para presentar una reclamación derivada de un siniestro amparado por la póliza, así como sobre los canales de atención a través de los cuales puedo formular peticiones, quejas, reclamos o solicitudes de manera directa ante la aseguradora y los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.

CLÁUSULA DE ASESORÍA AL CLIENTE:

Declaro que recibí asesoría por parte del asesor comercial respecto de las condiciones generales del seguro, incluyendo sus características principales, coberturas y exclusiones, las cuales conozco y acepto de manera libre y voluntaria.

Así mismo, certifico que entendí el alcance del amparo de incapacidad total y permanente y acepto que su calificación se realizará conforme al régimen de seguridad social en Colombia en salud, de acuerdo con lo establecido en el Manual Único de Calificación de Invalidez contenido en el Decreto 1507 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Igualmente, dejo constancia de que conozco que el clausulado de la póliza se encuentra disponible para consulta permanente por parte de los asegurados y del público en general a través del portal web de la Cooperativa

NOTA

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS VERACES EN LA FORMA EN QUE APARECEN CONSIGNADAS, ACEPTO Y ENTIENDO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO.

IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

"EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 2475 DE 2025 SE PONE EN CONOCIMIENTO AL SOLICITANTE EL DERECHO AL OLVIDO ONCOLÓGICO ESTABLECIDO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO SEGUNDO, POR EL CUAL SE ADICIONA UN PARÁGRAFO NUEVO AL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO "

DECLARO CONOCER QUE SALVO ESTIPULACIÓN CONTRACTUAL EN CONTRARIO EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

YO_____ IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, Y ACTUANDO EN EL PRESENTE DOCUMENTO A NOMBRE PROPIO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIENDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA

_____

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. N° _____ DE _____

HUELLA
ÍNDICE
DERECHO

IMPRESO POR RAMIREZ IMPRESORES S.A.S. NIT.860.350.626-1 PBX: (601) 747 0610