

# SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - PLATINUM



NIT. 860.524.654 - 6

NÚMERO: 000591

LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

|                               |     |     |     |                               |     |     |  |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-------------------------------|-----|-----|--|
| EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL |     |     |     | TERMINA A LAS 23:59 HORAS DEL |     |     |  |
| VIGENCIA                      | DÍA | MES | AÑO | DÍA                           | MES | AÑO |  |

|   |            |                                   |      |
|---|------------|-----------------------------------|------|
| CLASE DE VINCULACIÓN: ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/> | CÓDIGO PPE | FECHA DE SOLICITUD<br>DÍA MES AÑO | RAMO |
|---|------------|-----------------------------------|------|

|                          |       |   |         |
|--------------------------|-------|---|---------|
| NOMBRE DEL INTERMEDIARIO | CLAVE | TIPO AGENTE <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/> AGENCIA <input type="checkbox"/> | AGENCIA |
|--------------------------|-------|---|---------|

| DATOS DEL TOMADOR  |                  |  |                      |
|--|------------------|--|----------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO<br>CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> No. <input checked="" type="checkbox"/> NIT | No. 41897016-6   | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Nombres y Apellidos) COMVEDI |                      |
| DIRECCIÓN CARC 14 #14-59 of 201  | TELÉFONO 7467244 | CIUDAD / MUNICIPIO ARMENIA                                   | DEPARTAMENTO QUINDÍO |

| INFORMACIÓN DEL ASEGURADO   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| TIPO DE DOCUMENTO<br>CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> | LUGAR DE EXPEDICIÓN   | FECHA DE EXPEDICIÓN<br>DÍA MES AÑO   |   |
| PRIMER APELLIDO   | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE  | SEGUNDO NOMBRE  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO   | TELÉFONO/FAX  | CIUDAD / MUNICIPIO   | DEPARTAMENTO  |
| CORREO ELECTRÓNICO  | TELÉFONO CELULAR  | OTRO TELÉFONO / FAX  | NACIONALIDAD  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO<br>DÍA MES AÑO  | SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE |   |
| PESO KG   | ESTATURA M  | DIESTRO <input type="checkbox"/> AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>  | PROFESIÓN   |
| OCUPACIÓN DETALLADA   |   | DEPORTES QUE PRACTICA<br><input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> AFICIONADO  | INGRESOS MENSUALES \$   |
| ¿EN LA ACTUALIDAD POSEE OTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                 |   |  | COMPañÍA: VALOR ASEGURADO \$  |
| MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA: POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:  |   |  |   |
| ¿Maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |   | ¿Tiene reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |   |
|   |   |  | ¿Ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

| AMPAROS SOLICITADOS Y VALORES ASEGURADOS                                  |    | SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL |
|---|----|---------------------------|
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (Por accidente)                            | \$ | 20'000.000                |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR CUADRIPLEJIA Y POR HEMIPLEJIA (por accidente) | \$ | 20'000.000                |
| CANASTA (Muerte por cualquier causa) 500.000 x 12 meses                   | \$ | 6'000.000                 |
| RENTA POR ACCIDENTE INCLUIDO X 90 DIAS                                    | \$ |                           |
| ENFERMEDADES GRAVES   | \$ | 3'000.000                 |
| GASTOS O AUXILIO FUNERARIO  | \$ | 2'500.000                 |

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**  
 DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE:  
 1. NO HE PADOCIDO ENFERMEDADES DE TIPO CONGÉNITO O QUE INCIDAN SOBRE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, RESPIRATORIO, UROGENITAL, DIGESTIVO, COLÁGENO, PSIQUISMO, ENDOCRINO, MÚSCULO-ESQUELÉTICO, NEUROLÓGICO, HEMOLINFÁTICO, SENTIDOS, PIEL Y ANEXOS, SIDA Y DEMÁS AFECIONES QUE INCIDAN SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE FUMO MENOS DE VEINTE (20) CIGARRILLOS AL DÍA, NO TENGO PENDIENTE TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE ENFERMEDADES DE LOS SISTEMAS ANTERIORMENTE ENUNCIADOS, NO PADOZCO DE LESIONES O SECUELAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO O PATOLÓGICO QUE AFECTEN MI SALUD Y QUE NO SUFRO DE OBESIDAD NI SOBREPESO. 2. AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (MÉDICOS, EPS, IPS, ENTRE OTRAS) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA., ENTIDAD COOPERATIVA TODA LA INFORMACIÓN QUE ELLA CONSIDERE NECESARIA, RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD Y QUE SOLICITE EN CUALQUIER TIEMPO, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

| BENEFICIARIO CANASTA |                       |                 |                  |               |                |            |          |      |
|----------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|------------|----------|------|
| TIPO                 | No. DOC. DE IDENTIDAD | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PARENTESCO | % DESIG. |      |
| 1                    |                       |                 |                  |               |                |            |          | 100% |

| BENEFICIARIOS AUXILIO FUNERARIO |                       |                 |                  |               |                |            |          |  |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|------------|----------|--|
| TIPO                            | No. DOC. DE IDENTIDAD | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PARENTESCO | % DESIG. |  |
| 1                               |                       |                 |                  |               |                |            |          |  |
| 2                               |                       |                 |                  |               |                |            |          |  |

**MODALIDAD DE PAGO**  
 MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

**FIRMA Y HUELLA**

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE:  
 1. TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA EN SU CUERPO? SI  NO  DETALLE \_\_\_\_\_  
 2. NO POSEO PÓLIZAS DE SEGUROS VIGENTES CON EXTRAPRIMAS.  
 3. NO HE SIDO RECHAZADO POR NINGUNA COMPAÑÍA ASEGURADORA EN EL MOMENTO DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO.  
 4. TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESIÓN U OFICIO CORRESPONDEN A LO DECLARADO EN LA PRESENTE SOLICITUD SON LÍCITAS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y NO PRACTICO AFICIONES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. LOS DINEROS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DE SEGUROS NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.  
 5. LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDÍCAS EN LA FORMA QUE APARECEN DESCRITAS, POR LO TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O RETICENCIA EN ELLAS TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTIPULADAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.  
 6. AUTORIZO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA., ENTIDAD COOPERATIVA, EN FORMA EXPRESA, PARA REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR, SUMINISTRAR O DIVULGAR A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS TODO LO RELATIVO A LA INFORMACIÓN COMERCIAL DE QUE DISPONGA.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_ EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_

|              |                  |                       |
|--------------|------------------|-----------------------|
| NOMBRE _____ | FIRMA C.C. _____ | HUELLA INDICÉ DERECHO |
|--------------|------------------|-----------------------|

ASEGURADO

GERENCIA DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PLATINUM AP-16 28/05/2009

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# CONDICIONES CERTIFICADO INDIVIDUAL

## 1. AMPARO BÁSICO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

## 2. ANEXOS ADICIONALES

- INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR CUADRIPLÉJIA Y HEMIPLEJIA POR ACCIDENTE
- CANASTA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)
- RENTA POR ACCIDENTE
- ENFERMEDADES GRAVES (COMO ANTICIPO DEL 50% DE CANASTA)
- ANEXO DE GASTOS O AUXILIO FUNERARIO

## 3. EDADES:

| AMPARO  | MÍNIMA                          | MÁXIMA              | PERMANENCIA          |
|---|---------------------------------|---------------------|----------------------|
| BÁSICO (IT y P POR ACCIDENTES)                        | HOMBRE 14 AÑOS<br>MUJER 12 AÑOS | 69 AÑOS<br>364 DÍAS | 70 AÑOS<br>CUMPLIDOS |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR CUADRIPLÉJIA O HEMIPLEJIA | HOMBRE 14 AÑOS<br>MUJER 12 AÑOS | 55 AÑOS             | 65 AÑOS<br>CUMPLIDOS |
| CANASTA   | 18 AÑOS                         | 69 AÑOS<br>364 DÍAS | 70 AÑOS<br>CUMPLIDOS |
| RENDA POR ACCIDENTE                                   | 18 AÑOS                         | 69 AÑOS<br>364 DÍAS | 65 AÑOS<br>CUMPLIDOS |
| ENFERMEDADES GRAVES                                   | 18 AÑOS                         | 55 AÑOS             | 65 AÑOS<br>CUMPLIDOS |
| GASTOS O AUXILIO FUNERARIO                            | HOMBRE 14 AÑOS<br>MUJER 12 AÑOS | 69 AÑOS<br>364 DÍAS | 70 AÑOS<br>CUMPLIDOS |

## 4. EXCLUSIONES:

APLICARAN LAS CONTEMPLADAS EN EL AMPARO BÁSICO Y CADA UN O DE LOS ANEXOS, DE ACUERDO A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

## 5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

TODOS LOS ASEGURADOS DEBEN DILIGENCIAR LA SOLICITUD CERTIFICADO PÓLIZA Y DEBEN ESTAR EN BUEN ESTADO DE SALUD

## 6. BENEFICIARIOS:

PARA LA COBERTURA DE CANASTA Y AUXILIO FUNERARIO SERÁN LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO PÓLIZA. PARA LOS DEMÁS AMPAROS SERÁ EL ASEGURADO.

## 7. DEFINICIONES:

### • ENFERMEDAD:

ES LA ALTERACIÓN DE LA SALUD EN DETRIMENTO DE UNA PERSONA COMO RESULTADO DE LA ACCIÓN DE MÚLTIPLES FACTORES QUE MENOSCABAN LA CAPACIDAD PERSONAL, LABORAL, FAMILIAR Y SOCIAL DE QUIEN LA PADECE Y QUE REQUIERE DE ATENCIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA.

### • ACCIDENTE:

ES EL SUCESO IMPREVISTO, VIOLENTO, VISIBLE, DE ORIGEN EXTERNO, QUE NO DEPENDE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y QUE EN FORMA DIRECTA PRODUCE LESIONES CORPORALES VISIBLES O LESIONES INTERNAS MÉDICAMENTE COMPROBABLES.

### • CUADRIPLÉJIA:

ES LA PARALISIS TOTAL Y PERMANENTE DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, CONTEMPLANDO LA PERDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA DE LAS MISMAS.

### • HEMIPLEJIA:

ES LA PARALISIS TOTAL Y PERMANENTE DE UN LADO DEL CUERPO Y DE SUS DOS EXTREMIDADES, LIMITADA POR LA LÍNEA MEDIA DEL CUERPO.