SOLICITUD DE SEGURO
DE ACCIDENTES PERSONALES

PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

I. DECLARACIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO

No. de trámite

1.

A) Primer apellido	B) Segundo apellido	C) Nombres	D) País de nacimiento

E) Tipo de documento de identidad	F) Número de documento de identidad	G) Nacionalidad(es)	H) Sexo	I) Fecha de nacimiento	J) Estado civil
			M ○ F ○		

K) Correo electrónico personal	L) Dirección residencial	M) Ciudad	N) Departamento	O) Celular / Teléfono (código ciudad número)

2.

A) Nombre de la empresa donde labora (Si es profesional independiente, indique su profesión)	B) Sector y tipo de actividad	C) Teléfono de la empresa	D) Dirección de la empresa

E) Ciudad	F) Departamento	G) Ingresos mensuales	H) Egresos mensuales	I) Activos	J) Pasivos

K) Patrimonio Activos - Pasivos	L) Recibe otros ingresos	M) Sitio web de la empresa	N) ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) y/o ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP?.
$	Sí ☐ No ☐ $		Sí ☐ No ☐
			Si la respuesta es afirmativa, diligencie el cuadro de conocimiento

3.

A) Actividad Principal	B) Ocupación	C) Describa los deberes y/o funciones exactas (relacionados con la ocupación o profesión)	D) Antigüedad en la ocupación

E) ¿Está trabajando actualmente?	F) Indique % de actividades diarias (total 100%)
Sí ☐ No ☐	Administración % Manuales % Supervisión % Viajes %

G) Viajes al extranjero, indique países, ciudades y tiempo que viaja anualmente:

Indique si es en aerolíneas ☐ Comerciales o ☐ Vuelos privados

II. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (el % de distribución debe ser 100%)

4.

Apellido(s)	Nombre(s)	Parentesco	Fecha de nacimiento	Nacionalidad(es)	N° y tipo de documento	Porcentaje

5.

Seguro en vigencia actualmente Sí ☐ No ☐ (Proporcione Detalles)

Compañía de seguros	Plan	Número de póliza	Año de emisión	Suma asegurada	Reemplazo
					Sí ○ No ○
					Sí ○ No ○

III. INFORMACIÓN DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

(Complete únicamente si es diferente al Propuesto Asegurado y diligencie el Formulario de Conocimiento del Cliente)

6.

A) Apellido(s) o nombre de la entidad	B) Nombre(s)	C) Tipo de documento	D) Número de documento de identidad

IV. EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD Y DECLARACIÓN DE SALUD

7.

A) Estatura cm.	B) Peso kg.	C) Índice de masa corporal (si lo conoce)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	SÍ	NO
D) ¿Alguna vez le ha sido rechazada, pospuesta, recargada o modificada alguna solicitud para seguro de vida, accidentes, gastos médicos o de salud?	☐	☐
E) ¿Ha sometido alguna solicitud para seguro de vida, accidentes, salud o incapacidad, o una rehabilitación que se encuentre pendiente en otra compañía?	☐	☐
F) ¿Alguna vez ha participado o piensa participar en alguna actividad de aviación como piloto, estudiante o tripulante, carrera de autos o motos, buceo, paracaidismo, parapente, vuelo con ala delta, paracaidismo de montaña, vuelo en globo o cualquier otro deporte peligroso? Explique:	☐	☐
G) ¿Alguna vez ha sido víctima de amenazas o intento de secuestro o ha sido secuestrado o lo han implicado, acusado o condenado por alguna actividad delictiva?	☐	☐
H) ¿Ha sido tratado alguna vez o está recibiendo tratamiento por presión arterial alta, trastornos respiratorios o tos crónica, trastornos alimenticios, úlceras o sangrado del tubo digestivo, pancreatitis, enfermedades de la sangre o sistema linfático, lupus, trastornos nerviosos o neurológicos, parálisis, colesterol elevado, enfermedad del sistema inmunológico o cualquier otra enfermedad seria o tiene usted. conocimiento de alguna circunstancia desfavorable relativa a su salud, costumbres, reputación o modo de vida que pueda afectar su asegurabilidad?	☐	☐

V. DETALLE DE COBERTURAS

PLANES ACCIDENTES PERSONALES	Clase ocupacional I - II - III	Prima a pagar de acuerdo a frecuencia	I) Frecuencia del pago	J) Método de pago
BÁSICO	Suma Asegurada $	$	○ Anual	○ Pago directo
INDIVIDUAL	Suma Asegurada $	$	○ Semestral	○ Débito automático (ACH)
EJECUTIVO	Suma Asegurada $	$	○ Mensual	○ Débito automático por tarjeta de crédito
FAMILIAR	Suma Asegurada $	$		Otro:
PAREJA	Suma Asegurada $	$		

VI. DEPENDIENTES A ASEGURAR (CÓNYUGE E HIJOS)

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación	Estatura (cm.)	Peso (Kg.)	Ocupación

Cobertura Plan Familiar: (1) Su cónyuge está protegido(a) por el 100% de la cobertura del Titular (2) Su hijo está protegido(a) por el 25% de la cobertura del Titular y hasta los 24 años y 364 días, si no trabajan (3) Aplican las limitaciones del manual Instructivo de Seguros de Accidentes Personales.

Cobertura Plan Pareja: (1) Su cónyuge está protegido(a) por el 100% de la cobertura del Titular (2) Aplican las limitaciones del manual Instructivo de Seguros de Accidentes Personales.

VII. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Vínculo	Tipo de PEP	Nombres y apellidos de la PEP	Tipo de identificación	Número de identificación	Entidad	Cargo	Fecha vinculación	Fecha desvinculación	¿Tiene o maneja cuentas financieras en otros países distintos a Colombia? En caso afirmativo, ¿Dónde?
▼	▼								
▼	▼								
▼	▼								

Definición de vinculado y asociado cercano:

1. Hasta Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
2. Segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (hijastros).
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
4. Asociado cercano: si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

Tipo de PEP:

1. Persona Expuesta Políticamente (PEP): se consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. Las funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Se considera PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

2. 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. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

3. 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 administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES. Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos con el Lavado de Activos y Financiación de Actividades Terroristas, declaro y manifiesto que: 1.1. La información por mi suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error tendrá las consecuencias previstas en la ley. 1.2. Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de marcos legales y los fondos utilizados en el contrato para pagar la prima o depositar en el componente de ahorro del seguro de vida provienen de la actividad _____ . 1.3. Entiendo que la Compañía, está en la obligación de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí ministrada, sus soportes y las que reposen en centrales de riesgo.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN. Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año, la información personal a la Compañía, a través de los canales previstos por ésta, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante.

3. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008). 3.1. Autorizo a la Compañía y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obigación(en) por mí contraída(s), con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero y de servicios en los operadores de información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 3.1.1. Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 3.1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 3.1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 3.1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 3.1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que preventan el fraude. 3.2. Para reportar ante los operadores de información el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contrarídas con la Compañía.

4. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012). Autorizo a la Compañía para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que son suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de mis productos y/o recibir los servicios correspondientes para las siguientes finalidades: 4.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 4.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del producto y/o servicio suscrito. 4.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 4.4. Realizar contactos tendientes a las realizaciones de investigaciones de mercados. 4.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedios (MMS), redes sociales o medios similares. 4.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajustan a mis necesidades, así como enriquecer la experiencia como cliente. 4.7. Autorización de reactivación: para tratar mi información personal una vez se haya terminado el contrato suscrito con ella, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con la misma. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga saliendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento por meio de los canales para atender reclamos indicados en este documento. Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: Sí ○ No ○

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de las prestación del servicio contratado, así mismo en el caso en el que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

5. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN. Entiendo que los datos podrán ser compartidos, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas anteriormente a: 5.1. Personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de la Compañía. 5.2. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la Compañía, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. 5.3. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. 5.4. Las personas con las cuales la Compañía adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguro o reaseguros. Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas en el numeral 5. "Usuarios de la Información": Sí ○ No ○

6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual que impida eliminarla. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: correo físico: Calle 116 No.23-06/28 Edificio Business Center Cll 116 Piso 7, en la ciudad de Bogotá D.C. Contacto telefónico: la línea telefónica 601 7562323. Correo electrónico: servicioalclienteco@palig.com.

Entiendo y acepto que la presente solicitud incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con la Compañía. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes declaraciones y autorizaciones el día _____

7. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: A través de este formulario, he presentado a LA ASEGURADORA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a LA ASEGURADORA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos 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 LA ASEGURADORA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales: _____.

IX. FIRMAS

Firma del Propuesto Asegurado Principal

Nombre legible

Huella índice

Firma del Tomador si es distinto del Propuesto Asegurado
(si es Persona Jurídica, debe firmar el Representante Legal)

Nombre legible

Huella índice

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certifico que he registrado en esta solicitud de manera veraz y fiel la información proporcionada por el solicitante.

Firma del Agente / Intermediario de Seguros

Firma del Director / Gerente Comercial

Nombre legible

Nombre legible

Fecha

Fecha

X. RECIBO CONDICIONAL

PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

ESTE RECIBO DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD Y UNA COPIA QUEDA EN PODER DEL TOMADOR O EL PROPUESTO ASEGURADO (SI ES LA MISMA PERSONA) CUANDO SE HAYA RECIBIDO UN PAGO DE PRIMA CON LA SOLICITUD

Por la presente acusamos RECIBO de la suma de Pesos Colombianos COP$ $ en concepto de Prima por el Seguro o Seguros solicitado(s) sobre la vida de para el (los) cual(es) se ha completado una solicitud de Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros, S.A., en uno de sus formularios impresos que lleva la misma fecha que este Recibo, y que está sujeto a los términos y condiciones estipulados por la Compañía.

Fechado el

Nombre en Letra imprenta y Firma del Asesor de Seguros

XI. CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL - SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES

El Asegurado:

El Propuesto Asegurado que aparece en la solicitud.

El Beneficiario:

Según la solicitud y autorizaciones adjuntas.

Monto de Seguro para Accidentes Personales:

El veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada de Accidentes Personales, siempre y cuando la suma asegurada solicitada no exceda de US$500,000 (o su equivalente en pesos colombianos a la fecha de la firma de la solicitud), o la suma asegurada, la que resulte menor. Cuando las Sumas Aseguradas solicitadas excedan los US$500,000 (o su equivalente en pesos colombianos a la fecha de la firma de la solicitud), no habrá ninguna cobertura de seguro condicional.

Incontestabilidad, Edad y Suicidio:

Este seguro condicional está sujeto a las mismas limitaciones y condiciones que se encuentran en la póliza solicitada.

El Seguro Condicional caducará cuando ocurra la primera de las siguientes condiciones:

1. Pasar sesenta (60) días contados a partir de la fecha de la solicitud; o
2. Aprobación o rechazo por parte de la Compañía de la solicitud a la cual se adjunta este recibo.

El Seguro Condicional no entrará en vigor en caso de:

1. Falta por parte del Propuesto Asegurado de suministrar datos, u otros requisitos solicitados por la Compañía;
2. La prima recibida junto con la solicitud resulta insuficiente para ser aplicables al plan de seguro solicitado.
3. Pagar la prima que acompañe la solicitud con un cheque que no sea pagadero a Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros, S.A.

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. En la fecha efectiva de la solicitud, el Propuesto Asegurado tiene que haber sido aceptable como riesgo asegurable a tarifa normal en los términos y bajo las condiciones del plan de seguro solicitado, sin modificación alguna, de acuerdo con el reglamento y las prácticas de suscripción de riesgos de la Compañía;
2. Debe haber concordancia exacta entre (1) los nombres del(los) Propuesto(s) Asegurado(s), (2) la fecha, y (3) el número, como aparecen en la solicitud y en este recibo.
3. Este recibo no puede haber sufrido alteración o modificación alguna; y
4. Que la prima haya sido pagada. Si el pago se hizo a través de cheque, el mismo haya sido cobrado sin contratiempo. Si el cheque no es pagado por el banco, esta condición será considerada como no cumplida.

Término Máximo del Seguro Condicional: Sesenta (60) Días a partir de la fecha de la solicitud

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COLOMBIA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA