



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



**MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO**

Líneas gratuitas de atención en caso de evento accidental

El asegurado que requiera del servicio deberá acudir al hospital más cercano dentro de la red asistencial e informar que es estudiante asegurado en la póliza accidentes personales generación positiva; la red asistencial se comunicara a las líneas de atención de Positiva Compañía de Seguros.

Telefonía Celular Movistar, Claro o Tigo # 533: Los agentes del Call Center, podrán solicitar información de accidente personales, reportar accidentes de trabajo y solicitar información de seguros de vida. Opción 4 (información POLIZA APGP)

Nacional: 01-8000-111-170

Bogotá: +57 (601)330-7000 opción 4 (información de Polizas de seguro de vida)

Correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co

Nuestros agentes del Call Center, podrán responder cualquier tipo de requerimiento o necesidad del servicio las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, los 365 días del año. mediante este canal se estable comunicación directa con la Gerencia de Servicio para atención de cualquier tipo de requerimiento. Visita www.positiva.gov.co



Consulta y descargas carnes

Ingresar: <https://positiva.ideqs.com/ingreso.php>



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

Iniciar sesión

☐ No soy un robot 

[Privacidad](#) - [Términos](#)

Siguiente

Aplicaciones > Carné PDF

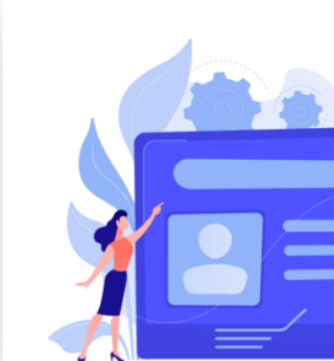
1


Carné PDF

Inicio

Carné PDF

- N° CC: 1085294945
- Carné PDF: [Descargar](#)



1085294945.pdf 1 / 1 37%


POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

Generación Positiva

EN CASO DE ACCIDENTE

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva: 01 8000 111 170, en Bogotá 330 7000 o desde los operadores Claro, Movistar, Tigo o ETEC al #533.

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co  [El aprendizaje es de todos](#) [Metacadena](#)

Póliza N°: 310002208
Titular: UNIVERSIDAD DE VALLE
Identificación Titular: 8011064-1
Assegurado: WILLIAM ALEXANDER ANGARDOY AREVALO
Identificación Assegurado: 1085294945
Código: 12
Nivel Educativo:
VIGENCIA DEL CARNE: desde 2023-06-28 - Fin: 2029-07-28
Este carnet es personal e intransferible.

Formulario reclamaciones seguro de Vida



RADICACIÓN DE RECLAMACIONES PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA

Para las reclamaciones de siniestros de vida se aplicará prescripción ordinaria (2 años) Art. 1081 código de comercio.

Sello de Radicado

TIPO DE AMPARO A RECLAMAR (Debe seleccionar al menos una opción)

Muerte ☐ Exequias ☐ Gastos médicos ☐ Enfermedades graves ☐ Renta diaria por hospitalización ☐
 Incapacidad total y permanente ☐ Desmembración ☐ Incapacidad temporal ☐
 Gastos médicos por complicaciones en cirugía ☐ A ☐ B ☐ **Auxilio ☐ A ☐ B ☐ C** Desempleo ☐ A ☐ B

Consulte al respaldo para marcar la casilla

Clasificación pública
CÓDIGO MIS_5_4_4_FR50 - Versión: 4 - 2021-11-22

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN

Documento	C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ N.L.T. ☐ P.E.S. ☐ PT ☐ Otros ☐	Sexo *	Correo electrónico		
		F ☐ M ☐			
Primer nombre *		Segundo nombre		Primer apellido *	Segundo apellido
Departamento *	Ciudad *	Dirección *		Teléfono móvil	Fecha de nacimiento *
					(DD/MM/AAAA)

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SINIESTRADA

Documento	C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ P.E.S. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐	Sexo *	Correo electrónico		
		F ☐ M ☐			
Primer nombre *		Segundo nombre		Primer apellido *	Segundo apellido
					Fecha de nacimiento
					(DD/MM/AAAA)

3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha del siniestro *	Hora del siniestro *	Nombre del tomador *	Ciudad de ocurrencia del siniestro	Departamento ocurrencia del siniestro	Número de póliza
(DD/MM/AAAA)	AM ☐ PM ☐				
Médico Cirujano (Si marcó: Gastos médicos por complicaciones en cirugía)			Especialidad (Si marcó: Gastos médicos por complicaciones en cirugía)	Nombre de la IPS (Si marcó: Gastos médicos por complicaciones en cirugía)	
Descripción de los hechos *					

4. INFORMACIÓN PARA PAGO - Solo seleccione una opción para el pago

¿Tiene cuenta bancaria?	Número de cuenta bancaria	Tipo de cuenta	Nombre del banco
SI ☐ NO ☐		Ahorros ☐ Corriente ☐	
Giro bancario SOLO SI NO TIENE CUENTA ☐	Departamento	Ciudad/Municipio	

Firma del reclamante

Diligencie autorización al respaldo

DOCUMENTOS REQUERIDOS

MUERTE Y AUXILIO FUNERARIO

Copia del documento de identidad del asegurado
Copia registro civil de defunción del asegurado
Copia del documento de identidad de los beneficiarios.
Documento(s) que demuestre(n) la calidad de beneficiarios de ley.
Documento que demuestre causa de la muerte (*Historia clínica y/o protocolo de necropsia*)
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante (*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)
Acta del levantamiento del cadáver o autopsia o certificación de fiscalía.
Copia del protocolo de necropsia
En accidente de tránsito: croquis del accidente, resultado de alcoholemia (*En los casos que apliquen*)

GASTOS MÉDICOS

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa de la hospitalización
Facturas originales debidamente canceladas que cumplan con los requisitos exigidos por la DIAN
Soporte de la prescripción médica
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (debidamente diligenciado y verificado por la sucursal)

ENFERMEDADES GRAVES Y/O AMPARADAS

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa de la hospitalización
Diagnóstico médico (Patología)
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa de la hospitalización
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN

Copia del documento de identidad del asegurado.
Historia clínica o concepto del médico tratante.
Dictamen de calificación de la pérdida de capacidad laboral que cumpla con los requisitos del manual único de calificación de invalidez
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)
Dictamen e historia clínica completa, incluyendo para clínicos que demuestren el nivel de desmembración
Orden de hospitalización del médico tratante.

Marque opción B . Si es reclamación por médico tratante o IPS e incluya:
Copia del documento de identidad del médico reclamante

AUXILIO

Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

Marque opción A. Si es auxilio educativo por muerte de los padres e incluya:

Copia del documento de identidad del asegurado
Registro civil de defunción del padre y/o madre
Registro civil del asegurado

Marque opción B. Si es auxilio de renta mensual por muerte de los cónyuge del estudiante o de uno de los padres e incluya:

Copia del documento de identidad del reclamante
Registro civil de defunción del padre o madre
Registro civil del asegurado
Documento que certifique unión marital

Marque opción C. Si es auxilio de maternidad e incluya:

Copia del documento de identidad del asegurado
Registro civil de nacimiento del hijo

DESEMPLEO

Fotocopia de la cédula del asegurado.
Copia de la resolución o carta de despido mediante la cual se le notifica la desvinculación con la entidad.
Copia del contrato
Extracto del banco en donde se evidencie la cuota mensual de la deuda.
Declaración extra juicio en donde indique que se encuentra desempleado, dicha declaración deberá ser aportada mensualmente.
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

Marque opción A. Si es despido sin justa causa e incluya:

Liquidación de las prestaciones sociales, en donde conste que la indemnización por despido sin justa causa cumple, con lo estipulado en la legislación laboral colombiana.

Marque opción B. Si es retiro por mutuo acuerdo e incluya:

Liquidación de prestaciones sociales, en donde conste que existe una bonificación de mera liberalidad por parte del empleador que debe ser igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) de la indemnización que le hubiera correspondido si el despido hubiese sido sin justa causa
Acta de conciliación ante autoridad competente

Debe diligenciar los campos completos en el formato, es importante que registre el número telefónico del celular y/o correo electrónico ya que por este medio se realizará la notificación.

Guía para diligenciar formulario reclamaciones de siniestros de vida

Guía de uso del formato

TIPO DE AMPARO A RECLAMAR (Debe seleccionar al menos una opción): Rellenar el tipo de amparo que solicita afectar como consecuencia del siniestro.

a. Gastos médicos por complicaciones en cirugía:

- Marcar la opción A. Si es reclamación directa del asegurado.
- Marcar la opción B. Si es reclamación por médico tratante o IPS.

b. Auxilio:

- Marcar la opción A. Si es auxilio educativo por muerte de los padres.
- Marcar la opción B. Si es auxilio de renta mensual por muerte del cónyuge del estudiante o de uno de los padres.
- Marcar la opción C. Si es auxilio de maternidad.

c. Desempleo:

- Marque opción A. Si es despido sin justa causa.
- Marque opción B. Si es retiro por mutuo acuerdo.

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN:

- Documento: Rellenar con una x el tipo de documento de quien presenta la reclamación, de igual forma ingresar el número del documento correspondiente. Para tener en cuenta el campo PT (Permiso por protección temporal) es asignado a migrantes venezolanos según Decreto 1178 del 2021 expedido por minsalud.
- Sexo: Rellenar según respuesta.
- Correo electrónico: Ingresar el correo electrónico.
- Primer nombre: Ingresar el primer nombre de quien presenta la reclamación.
- Segundo nombre: Ingresar el segundo nombre de quien presenta la reclamación.
- Primer apellido: Ingresar el apellido de quien presenta la reclamación.
- Segundo apellido: Ingresar el segundo apellido de quien presenta la reclamación.
- Departamento: Ingresar el departamento de residencia de quien presenta la reclamación.
- Ciudad: Ingresar la ciudad de residencia de quien presenta la reclamación.
- Dirección: Ingresar la dirección de residencia de quien presenta la reclamación.
- Teléfono móvil: Ingresar el número móvil de contacto de quien presenta la reclamación.
- Fecha de nacimiento: Ingresar la fecha de nacimiento de quien presenta la reclamación, de forma DD/MM/AAAA.

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SINIESTRADA:

- Documento: Rellenar con una x el tipo de documento de la persona siniestrada, de igual forma ingresar el número del documento correspondiente.
- Sexo: Rellenar según respuesta.
- Correo electrónico: Ingresar el correo electrónico de la persona siniestrada.

d. Primer nombre: Ingresar el primer nombre de la persona siniestrada.

e. Segundo nombre: Ingresar el segundo nombre de la persona siniestrada.

f. Primer apellido: Ingresar el apellido de la persona siniestrada.

g. Segundo apellido: Ingresar el segundo apellido de la persona siniestrada.

h. Departamento: Ingresar el departamento de residencia de la persona siniestrada.

i. Ciudad: Ingresar la ciudad de residencia de la persona siniestrada.

j. Dirección: Ingresar la dirección de residencia de la persona siniestrada.

k. Teléfono móvil: Ingresar el número móvil de la persona siniestrada.

l. Fecha de nacimiento: Ingresar la fecha de nacimiento de la persona siniestrada de forma DD/MM/AAAA

3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

a. Fecha del siniestro: Ingresar la fecha en que ocurrió el siniestro de forma DD/MM/AAAA.

b. Hora del siniestro: Ingresar la hora en que ocurrió el siniestro incluyendo si es AM o PM.

c. Nombre del tomador: Ingresar el nombre del tomador de la póliza por la cual se pretende radicar la reclamación.

d. Ciudad de ocurrencia del siniestro: Ingresar la ciudad donde ocurrió el siniestro.

e. Departamento de ocurrencia del siniestro: Ingresar el departamento donde ocurrió el siniestro.

f. Número de póliza: Ingresar el número de la póliza por la cual se pretende radicar la reclamación.

g. Médico cirujano: Ingresar el nombre y apellido del médico cirujano que atendió al siniestrado (si marco gastos médicos por complicación den cirugía).

h. Especialidad: Indicar la especialidad del médico cirujano. (si marco gastos médicos por complicación den cirugía).

i. Nombre de la IPS: Indicar el nombre de la IPS que atendió al siniestrado. (si marco gastos médicos por complicación den cirugía).

j. Descripción de los hechos: Realizar una descripción breve de los hechos que fueron fundamento para la ocurrencia del siniestro.

4. INFORMACIÓN PARA PAGO: Seleccionar una opción para el pago.

a. Tiene cuenta bancaria: Rellenar SI cuenta o NO con una cuenta bancaria.

b. Número de cuenta bancaria: Ingresar el número de cuenta bancaria en la cual se consignará el pago por concepto de indemnización, si cuenta con el derecho.

c. Tipo de cuenta: Rellenar el tipo de cuenta: Ahorros o Corriente.

d. Nombre del banco: Ingresar el nombre de la entidad financiera donde este inscrita la cuenta.

e. Giro bancario (solo si no tiene cuenta bancaria): Rellenar la opción para aceptar que el pago se realice por giro bancario.

f. Departamento: Ingresar el departamento de residencia de la persona a la cual se le realiza el giro bancario.

g. Ciudad / Municipio: Ingresar la ciudad y/o municipio de residencia de la persona a la cual se le realiza el giro bancario.

Firma: Ingresar la firma de quien presenta la reclamación.

Autorización: Es obligatorio autorizar el tratamiento, actualización, transmisión de los datos sensibles y los datos personales.

- **Datos sensibles:** Marcar con una x SI o NO autoriza a Positiva Compañía de Seguros S.A para el tratamiento de los datos sensibles.
- **Datos personales:** Marcar con una x SI o NO autoriza a Positiva Compañía de Seguros S.A para el tratamiento de los datos personales.

Formulario de solicitud de vinculación clientes persona natural (SARLAFT)



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA NATURAL

CLASE DE CLIENTE Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐		Fecha diligenciamiento DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:			
Tomador - Asegurado ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra	Tomador - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra	Asegurado - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra	Cual _____ Cual _____ Cual _____

1. INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Tipo de identificación CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐		N°. Identificación _____ Expedida en _____	
Fecha de Nacimiento _____ Año _____ Mes _____ Día _____		Fecha de expedición _____ Lugar de Nacimiento _____	
Dirección Residencia _____ País - Dpto. - Ciudad _____		Teléfono casa _____ Celular _____	
DETALLE ACTIVIDAD Asalariado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐			
Código de Actividad "CIIU" _____ E-Mail _____		¿Actualmente está laborando? Si ☐ No ☐	
Ocupación / Profesión _____		Nombre Empresa donde Trabaja _____ Cargo que Desempeña _____	
Dirección Empresa _____ Ciudad _____ Teléfono _____ E Mail _____			
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si ☐ No ☐ Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si ☐ No ☐ Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si ☐ No ☐			
Actualmente es una persona políticamente expuesta Si ☐ No ☐ Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo _____			
Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta Si ☐ No ☐ Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro _____			
¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta? Si ☐ No ☐ Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información:			
Padre ☐ Hijo ☐ Hermano ☐ Nieto ☐ Abuelo ☐ Suegro ☐ Yerno ☐ Cuñado ☐ Esposo ☐			
Nombre Completo _____		Número de identificación _____	
Nombre Completo _____		Número de identificación _____	
Nombre Completo _____		Número de identificación _____	

2. INFORMACIÓN FINANCIERA			
Total activos \$ _____		Total pasivo \$ _____	
Ingresos Mensuales \$ _____	Otros Ingresos \$ _____	Concepto (Otros Ingresos) _____	
Egresos Mensuales \$ _____	Otros Egresos \$ _____	Concepto (Otros Egresos) _____	

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES			
Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐		Tipo de Transacción: Importación ☐ Exportación ☐	
Inversiones ☐ Préstamos ☐ Transferencias ☐ Otros ☐		¿Cuál? _____	
Tipo de Producto _____	Identificación o Numero del Producto _____	Entidad _____	Monto _____
		Ciudad _____	País _____
			Moneda _____

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). 2. 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT. 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 4. De manera irrevocable autorizo a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. Autorizo de manera libre, expresa e informada a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva"), sus autorizadas, filiales y subordinadas, en calidad de fuentes de la información conforme a la Ley 1266 de 2008, para que recolecte, almacene, use, procese, transmita o transfiera (el "Tratamiento") la información personal, crediticia y financiera contenida en centrales de información pública o privada con la función de determinar el riesgo financiero vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Financieros") a terceros como centrales de riesgo (Datacrédito y CIPIN) con la finalidad de determinar el riesgo financiero, mi puntaje de crédito, consultar mi comportamiento crediticio, financiero y comercial. 7. He sido informado que los terceros que se encuentren afiliados a Datacrédito y/o CIPIN podrán acceder y conocer esta información de acuerdo con la normativa aplicable en Colombia. También reconozco que la información puede ser utilizada para efectos estadísticos. En caso de que el autorizado por el presente documento realice una cesión a cualquier título u operación similar, los efectos de esta autorización se extenderá a éste en los mismos términos y condiciones. He sido informado que frente a Positiva, en calidad de fuente de la información tengo los siguientes derechos: a. Ejercer los derechos fundamentales al hábeas data y de petición, cuyo cumplimiento se podrá realizar a través de los operadores, conforme lo previsto en los procedimientos de consultas y reclamos de esta ley, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales o legales. b. Solicitar información o pedir la actualización o rectificación de los datos contenidos en la base de datos, lo cual realizará el operador, con base en la información aportada por la fuente, conforme se establece en el procedimiento para consultas, reclamos y peticiones. c. Solicitar prueba de la autorización, cuando dicha autorización sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
Documento de identificación (cédula de ciudadanía, pasaporte etc) _____			
Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de Seguro supere los 846 SMMLV			
Constancia de ingresos y/o certificado de ingresos y retenciones _____			
Declaración de renta del último año gravable disponible (Si declara) _____			

7. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS			
¿Ha tenido reclamaciones de seguros durante los 2 últimos años con cualquier aseguradora? (Incluido Positiva) Si ☐ No ☐			
Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros			
Año	Ramo	Compañía	Valor
			Reclamación Si ☐ No ☐ Indemnización Si ☐ No ☐

8. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012 https://www.positiva.gov.co/web/guest/politica-de-tratamiento-de-la-informacion ; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.	
Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.	
DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".	
Si ☐ No ☐	

9. FIRMA Y HUELLA	
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 siguiente documento:	
_____ Firma cliente	Huella

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA	
Lugar de la entrevista _____	
Fecha de la entrevista _____	DÍA _____ MES _____ AÑO _____ Hora _____
Nombre Intermediario y/o Asesor Responsable _____	
Firma Intermediario y/o Asesor Responsable _____	
Resultado de la Entrevista _____	

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Fecha de Verificación _____	DÍA _____ MES _____ AÑO _____ Hora _____
Nombre y Cargo de quien verifica _____	
Firma _____	
Resultado de la Verificación _____	
Sucursal (Si la hay) _____	Número Póliza (Si la hay) _____

GRACIAS

