



Aseguradora Solidaria
de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000001			
DATOS DEL TOMADOR							
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS					
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO							
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 8704934		PRIMER APELLIDO Martínez		SEGUNDO APELLIDO Parra			
PRIMER NOMBRE Armando		SEGUNDO NOMBRE					
DIRECCIÓN DOMICILIO 42B casa 8 Tolima grande		TELÉFONO FIJO / CELULAR 3003271812		CIUDAD / MUNICIPIO Ibague			
CORREO ELECTRÓNICO		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ibague 21 11 1958		DEPARTAMENTO Tolima			
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input checked="" type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución					
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.							
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD							
Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?					SI		
Accidente cerebro vascular					SI		
Cancer / Tumores					SI		
Infección por VIH					SI		
Diabetes mellitus					SI		
Hipotiroidismo					SI		
Ceguera					SI		
Amputaciones de causa traumática					SI		
Insuficiencia renal					SI		
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)					SI		
Mentales (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)					SI		
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?					SI		
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?					SI		
¿Cual?							
¿El cliente requiere remisión médica?					<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
Si su respuesta es "Si", indique:					<input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)		
En caso de "No", indique:					<input type="checkbox"/> Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones) <input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) <input type="checkbox"/> Buen estado de salud		
BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO							
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS		TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.							
2.							
NOTA: La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firme como solicitante.							
CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN							
Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co ; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.							
Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien le represente, en adelante LA ASEGURADORA para:							
a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA; 3) Reportar a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.							
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 12 del decreto 1377 de 2013.							
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.							
d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.							
FIRMA Y HUELLA							
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:							
1. Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas 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 seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano.							
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza.							
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 08 días del mes Junio del año 2017 en la ciudad de Ibague.							
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada		FIRMA SOLICITANTE C.C. 8704934.		HUELLA INDICE DERECHO			

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SUDAMERIS Fm-C-06-54 V.2 19/07/2016

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA