

**Modalidad Grupo Deudores - Convenios Institucionales**

**TOMADOR DEL SEGURO Y BENEFICIARIO ONEROSO DEL SEGURO**

Razón Social	Banco GNB Sudameris	Identificación	Nit. 860.050.750-1	Porcentaje	100 %
--------------	---------------------	----------------	--------------------	------------	-------

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos	ARMANDO MARTINEZ PARRA	No. de Identificación	8704934	Fecha de Nacimiento	21/11/1958	Edad	57	Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Ocupación / Actividad u Oficio (no utilice términos genéricos como Empleado, Comerciante, etc.)	PENSIONADO	En caso de ser Pensionado, marque el tipo <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado por edad <input type="checkbox"/> Pensionado por invalidez <input type="checkbox"/> Pensionado por sustitución								
Nombre de la Empresa	CASUR	Deportes que practica	FOOTBALL	Dirección residencia						
Ciudad	IBAGUE	No. Celular	3003271812	Correo Electrónico	MZA B CSA 8 TOLIMA GRANDE				Valor Inicial del Crédito	\$34.000.000

**BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO**

Nombres y Apellidos	Identificación No.	Parentesco	Edad	Porcentaje

**AMPAROS DEL SEGURO SOLICITADO**

Amparo Básico de Muerte	Amparo de Renta de Libre Destinación por Muerte o Incapacidad Total y Permanente
Amparo de Incapacidad Total y Permanente	Auxilio para gastos de rehabilitación por Incapacidad Total y Permanente
Amparo de Auxilio Funerario	

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado correspondiente al Amparo Básico de Muerte (Ver textos DEFINICIÓN DE COBERTURAS en el Documento Informativo de las principales Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, al respaldo de este documento). 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 Liberty.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Le han diagnosticado o ha sido tratado médicamente por alguna de las siguientes enfermedades o patologías? En caso afirmativo, por favor suministre detalles en el recuadro observaciones.

Enfermedad / Patología	SI	NO	Enfermedad / Patología	SI	NO
Cáncer / Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades de las Arterias Coronarias		<input checked="" type="checkbox"/>
Sida		<input checked="" type="checkbox"/>	Infarto al Miocardio		<input checked="" type="checkbox"/>
Accidente Cerebro Vascular		<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial		<input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>
Solo para mujeres: Está embarazada actualmente?			En caso afirmativo: Es Primigestante?		<input checked="" type="checkbox"/>

Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en los cuadros anteriores? En caso afirmativo, por favor indique: Enfermedad, fecha, tratamiento y estado actual:

Tiene alguna limitación Física o Mental, ya sea congénita o adquirida? En caso afirmativo, por favor especifique:

Es Usted Pensionado por Sanidad? En caso afirmativo por favor indique el motivo

**DECLARACIONES, CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE**

**POR FAVOR ABSTÉNGASE DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SI ESTAS DECLARACIONES NO CORRESPONDEN A LA REALIDAD**

**Declaraciones:** 1) No consumo bebidas alcohólicas en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas. 2) No he sido rechazado o aplazado por LIBERTY SEGUROS S.A. o LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. o por otra Compañía al presentar una solicitud de Seguro de Vida, Salud o Accidentes Personales. 3) Afirmando que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano. 4) Estoy desarrollando en forma normal mis actividades y no he recibido amenazas en contra de mi vida e integridad. 5) Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, forma 20/12/2013-1333-P-34-VGV-08, que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora. 6) Certifico que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas, y por tanto, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada se sancionará de acuerdo con lo previsto en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. 7) Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la Aseguradora no implica aprobación del contrato de seguro que se solicita; para ello es indispensable la aceptación que la Aseguradora haga del mismo de manera expresa.

**Autorización de Consulta y Reporte a Centrales de Información:** Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

**Autorización Habeas Data:** Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A Nit. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, Nit. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, o derivada del contrato de seguros que se celebre, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) Para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A. y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi intermediario(s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) A los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) A FASECOLDA E INVERFAS. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

**Autorización de Historia Clínica:** De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.

**Cláusula de Solicitud de Revocación por Inclusión en Listas Restrictivas:** Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando; en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la Aseguradora.

**ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD**

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento en la ciudad de IBAGUE a los 24 días del mes de NOV de 2.0 15

LIBERTY SEGUROS S.A.  
Firma Autorizada

SOLICITANTE  
C.C No.

8704934

Huella Dactilar



Indicé Derecho

En caso de ser aceptado el Seguro aplican las condiciones generales de la póliza de Seguro de Vida Grupo 20/12/2013-1333-P-34-VGV-08