

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN

ASEGURADO ☒ X

FECHA DE SOLICITUD

09/12/2020

NÚMERO DE PÓLIZA

994000000002

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO

CC ☒ X NIT No

860.050.750-1

RAZÓN SOCIAL

BANCO GNB SUDAMERIS

TIPO DE DOCUMENTO

X CC ☒ X NIT No

7.704.720

CI 20# 19-70

Saryu.300@gmail.com

OCUPACIÓN DETALLADA

Empleada ☒ X Pensionada ☐ Ama de casa ☐ Por servicio ☒ Por edad ☐ Por salud ☐ Por invalidez ☐ Por muerte ☐

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO

Artundaga

SEGUNDO APELLIDO

Yunda

PRIMER NOMBRE

Yimi

SEGUNDO NOMBRE

N/A

TELÉFONO FIJO / CELULAR

3142227766

CUIDAD / MUNICIPIO

Puerto Carreño

DEPARTAMENTO

Vichada

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

Meiva

29/04/1977

GENERO

F

PESO

70

ESTATURA

1.65

EN CASO DE SER PENSIONADO MARQUE TIPO

Por servicio ☒ Por edad ☐ Por salud ☐ Por invalidez ☐ Por muerte ☐

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?

SI NO

Cáncer

☒

¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?

SI NO

Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos

☒

Insuficiencia renal

☒

Hipertensión arterial

☒

Accidente cerebrovascular

☒

Diabetes mellitus

☒

Enfermedad cardíaca, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent

☒

Enfermedades mentales

☒

¿El cliente requiere remisión médica?

SI NO

Si su respuesta es "SI", indique

Por edad y monto

Por enfermedad declarada

Por extraprima anterior

En caso de "No" indique

Clausula hipertension (Hasta 40 millones)

Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones)

No declara ninguna enfermedad

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

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 cualquier momento puedo expresar o informar a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- Recopilar, seleccionar, 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) Realizar encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.
- Recopilar, seleccionar, 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 manipula con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- Recopilar, seleccionar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aun después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012
- Transferir 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

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente, declaro expresamente lo siguiente:

- No pongo en duda la veracidad de la información que me ha suministrado la Aseguradora.
- No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.
- Todo mi patrimonio y/o bienes que se encuentren en la presente solicitud, son míos y los cede dentro de los márgenes legales y no practico deportes o acciones que afecten mi integridad. Los derechos adquiridos para pagar la prima de mi vida, no dependen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen escritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o tergiversa en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1156 y 1158 del Código de Comercio, o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza. Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es verídica en todos sus partes y firmo el presente documento a las 09:12 en la ciudad de Meiva

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. 7.704.720
ASEGURADORA

HUELLA FALSA DE DERECHO