

ACEPTACIÓN PARA INGRESO PÓLIZA GRUPO DE VIDA DEUDORES DE LIBRANZAS

Aseguradora **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

Riesgos de muerte, Incapacidad Total y Permanente, auxilio funerario por fallecimiento y renta por muerte y/o incapacidad total

Cobertura permanente - "Bono Canasta"

Tomador

Nombre **BANCO GNB SUDAMERIS S.A.**

Número de NIT **860050750-1**

Asegurado

Nombres **Sigifredo Jose**

Primer Apellido **oliveros**

Segundo Apellido **Campos**

Número Identificación **19437569**

Número de Celular **3-15546411**

Fecha de Nacimiento **1961** **05** **15**
Año Mes Día

Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Parentesco	% Participación	Número de Cédula	Número de Cédula

Condiciones Médicas	Si	No	Descripción
¿Ha padecido o está siendo tratado de alguna enfermedad grave?		X	
¿Ha sufrido accidentes que le impidan desempeñar las labores propias de su ocupación?		X	
¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica?		X	

En consideración de las políticas de riesgo del BANCO GNB SUDAMERIS, el producto solicitado requiere de un seguro de vida como garantía adicional del crédito. En el evento de tomar la póliza de vida grupo deudores tomada por el BANCO GNB SUDAMERIS por cuenta de sus deudores, declaro que:

1. Acepto ingresar en calidad de asegurado a la póliza de vida grupo deudores tomada por el BANCO GNB SUDAMERIS por cuenta de sus deudores con la Compañía SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
2. Las anteriores declaraciones sobre mi estado de salud son veraces, en consideración a los términos del artículo 1058 del C de Co.
3. Haber sido informado que las condiciones del seguro están disponibles en www.gnbsudameris.com.co
4. Autorizo al BANCO GNB SUDAMERIS y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. para consultar mi historia clínica en caso de ser necesario.
5. Autorizo a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y a SURAMERICANA S.A. para realizar el tratamiento de mis datos personales conforme a la política general de esa Compañía los cuales se podrán consultar en www.segurossura.com.co y que se encuentra en la página de inicio como "Política de privacidad y ley de datos personales".
6. Autorizo a GNB SUDAMERIS para que renueve por su cuenta la póliza colectiva que toma por cuenta de sus deudores durante el plazo de la obligación crediticia.
7. Conozco y acepto que el seguro deberá estar vigente hasta que se terminen las obligaciones de pago con el BANCO GNB SUDAMERIS, asociadas al crédito sobre el cual recae el aseguramiento.
8. En caso de que el BANCO GNB SUDAMERIS decida cambiar de aseguradora para la contratación del seguro, autorizo la consulta de la presente aceptación por el nuevo asegurador.

Nota: en el evento de ejercer su libertad de elección de compañía aseguradora, a través del aporte de una póliza endosada conforme a las políticas de endoso de GNB SUDAMERIS, el endoso será aplicado al crédito a partir de la siguiente fecha de facturación a la que se entregó y evaluó satisfactoriamente el endoso. Adicionalmente se deberá dar cumplimiento a las políticas de renovación del endoso al BANCO GNB SUDAMERIS; en caso de no presentarse oportunamente su renovación, y en razón de la obligatoriedad del seguro, el BANCO GNB SUDAMERIS podrá vincularlo a la respectiva póliza de vida grupo deudores que se haya tomado por cuenta de sus Clientes.

Firma del Solicitante

Número de Identificación

19437569



Huella dactilar

Fecha de Diligenciamiento **2022** **07** **26**
Año Mes Día