

Acepto que la presente solicitud forme parte integrante del contrato de Seguro y que sea base para su expedición

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos del Asegurado <i>Maria Rosaiba Sepulveda Tapias</i>		No. Documento de Identificación <i>22.186.381</i>	Ocupación / Actividad <i>Pensionada por SUSTITUCIÓN</i>
Fecha de nacimiento <i>1951 02 06</i>	Deportes que practica <i>Ninguno</i>	Dirección residencia <i>Calle 60B #12B-33</i>	Teléfono residencia <i>3647453</i>

TOMADOR DEL SEGURO Y BENEFICIARIO DEL SEGURO

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

ÚNICA PERSONA DESIGNADA PARA RECIBIR EL AUXILIO FUNERARIO Y LA RENTA POR MUERTE

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco
Dirección y Ciudad Residencia		Teléfono Residencia

En caso que no se designe persona para el auxilio funerario y la renta por muerte, se hará entrega a los beneficiarios de ley.

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (SIRVASE LEER ANTES DE FIRMAR)

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1. Su estado de salud es normal? SI ☒ NO ☐

2. Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad? SI ☐ NO ☒Cuál? _____ Fecha de Diagnóstico _____

Declaro que la anterior información se ajusta en todo momento a la verdad y que ningún detalle ha sido omitido en relación con mi estado de salud actual o pasado. Declaro que lo anotado en este certificado es verídico, que la actividad a que me dedico es normal. Liberty Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el Seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Autorizo a Liberty Seguros S.A. para consultar bases de datos de seguros de personas y las demás bases de datos que contengan información sobre mis antecedentes comerciales y financieros. Igualmente, a reportarme a estas bases de datos en caso necesario.

Autorizo expresamente a cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica, para que suministren a Liberty Seguros S.A. copia de mi historia clínica y demás datos que posean sobre mi salud, y que solicite en cualquier tiempo, aún después de mi fallecimiento. Renuncio por tanto a todas las disposiciones de la de ontología médica y de la Ley jurisprudencia que prohiban a los médicos y cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

Huella Dactilar



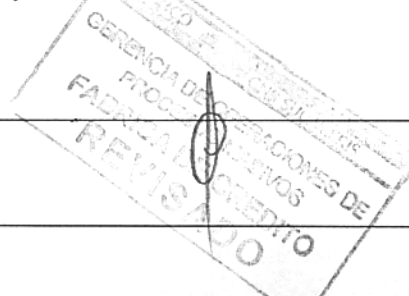
Indice Derecho

Maria R. Sepulveda
 Firma del solicitante
22.186.381
 No. documento de identidad

Barranquilla, 14- noviembre- 2013
 Ciudad y Fecha

ESPACIO EXCLUSIVO PARA BANCO GNB SUDAMERIS

El cliente requiere remisión médica? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo especifique motivos



Acepto que la presente solicitud forme parte integrante del contrato de Seguro y que sea base para su expedición

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos del Asegurado <i>Maria Rosaiba Sepulveda Tapias</i>		No. Documento de Identificación <i>22.186.381</i>	Ocupación / Actividad <i>Pensionada por sustitución</i>
Fecha de nacimiento <i>1951 02 06</i>	Deportes que practica <i>Ninguno</i>	Dirección residencia <i>Calle 60B #12B-33</i>	Teléfono residencia <i>3647453</i>

TOMADOR DEL SEGURO Y BENEFICIARIO DEL SEGURO

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

ÚNICA PERSONA DESIGNADA PARA RECIBIR EL AUXILIO FUNERARIO Y LA RENTA POR MUERTE

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco
Dirección y Ciudad Residencia		Teléfono Residencia

En caso que no se designe persona para el auxilio funerario y la renta por muerte, se hará entrega a los beneficiarios de ley.

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (SIRVASE LEER ANTES DE FIRMAR)

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1. Su estado de salud es normal? SI ☒ NO ☐
2. Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad? SI ☐ NO ☒Cuál? _____ Fecha de Diagnóstico _____

Declaro que la anterior información se ajusta en todo momento a la verdad y que ningún detalle ha sido omitido en relación con mi estado de salud actual o pasado. Declaro que lo anotado en este certificado es verídico, que la actividad a que me dedico es normal. Liberty Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el Seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Autorizo a Liberty Seguros S.A. para consultar bases de datos de seguros de personas y las demás bases de datos que contengan información sobre mis antecedentes comerciales y financieros. Igualmente, a reportarme a estas bases de datos en caso necesario.

Autorizo expresamente a cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica, para que suministren a Liberty Seguros S.A. copia de mi historia clínica y demás datos que posean sobre mi salud, y que solicite en cualquier tiempo, aún después de mi fallecimiento. Renuncio por tanto a todas las disposiciones de la de ontología médica y de la Ley jurisprudencia que prohiban a los médicos y cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

Huella Dactilar



Indice Derecho

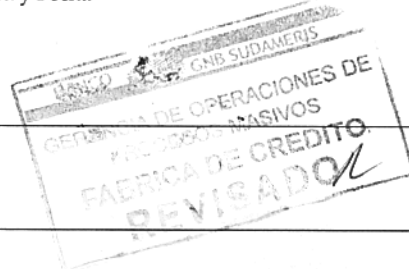
Maria R. Sepulveda *Barranquilla, 11-Marzo-2014*

Firma del solicitante

Ciudad y Fecha

22.186.381

No. documento de identidad



ESPACIO EXCLUSIVO PARA BANCO GNB SUDAMERIS

- El cliente requiere remisión médica? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo especifique motivos _____

Acepto que la presente solicitud forme parte integrante del contrato de Seguro y que sea base para su expedición

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos del Asegurado <i>Maria Rosalba Sepúlveda Tapias</i>			No. Documento de Identificación <i>22.186.381</i>	Ocupación / Actividad <i>Pensionada por sustitución</i>
Fecha de nacimiento <i>1951 02 06</i>	Deportes que practica <i>Ninguno</i>	Dirección residencia <i>Calle 60B #12B-33</i>		Teléfono residencia <i>3647453</i>

TOMADOR DEL SEGURO Y BENEFICIARIO DEL SEGURO

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

ÚNICA PERSONA DESIGNADA PARA RECIBIR EL AUXILIO FUNERARIO Y LA RENTA POR MUERTE

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco
Dirección y Ciudad Residencia		Teléfono Residencia

En caso que no se designe persona para el auxilio funerario y la renta por muerte, se hará entrega a los beneficiarios de ley.

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (SIRVASE LEER ANTES DE FIRMAR)

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1. Su estado de salud es normal? SI ☒ NO ☐
2. Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad? SI ☐ NO ☒Cuál? _____ Fecha de Diagnóstico _____

Declaro que la anterior información se ajusta en todo momento a la verdad y que ningún detalle ha sido omitido en relación con mi estado de salud actual o pasado. Declaro que lo anotado en este certificado es verídico, que la actividad a que me dedico es normal. Liberty Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el Seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Autorizo a Liberty Seguros S.A. para consultar bases de datos de seguros de personas y las demás bases de datos que contengan información sobre mis antecedentes comerciales y financieros. Igualmente, a reportarme a estas bases de datos en caso necesario.

Autorizo expresamente a cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica, para que suministren a Liberty Seguros S.A. copia de mi historia clínica y demás datos que posean sobre mi salud, y que solicite en cualquier tiempo, aún después de mi fallecimiento. Renuncio por tanto a todas las disposiciones de la de ontología médica y de la Ley jurisprudencia que prohiban a los médicos y cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

Huella Dactilar



Índice Derecho

Maria R. Sepúlveda T.
Firma del solicitante

Barranquilla, 20-enero-2015
Ciudad y Fecha

22.186.381
No. documento de identidad

ESPACIO EXCLUSIVO PARA BANCO GNB SUDAMERIS

El cliente requiere remisión médica? En caso afirmativo especifique motivos

SI ☐ NO ☒

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 Maria Rosalba Sepulveda Tapias		No. de Identificación 22.186.381	Fecha de Nacimiento 06/02/1951	Edad 64	Sexo M
Ocupación / Actividad u Oficio (no utilice términos genéricos como Empleado, Comerciante, etc.) Pensionada		En caso de ser Pensionado, marque el tipo ☐ Pensionado por edad ☐ Pensionado por invalidez ☒ Pensionado por sustitución			
Nombre de la Empresa ISS	Deportes que practica Ninguno		Dirección residencia Calle 60 B # 12 B 33		
Ciudad Soledad	No. Celular 3014771423	Correo Electrónico NA	Valor Inicial del Crédito \$ 16.300.000		

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

Nombres y Apellidos	Identificación No.	Parentesco	Edad	Porcentaje
Karoline Patricia Jiménez Naranjo	1.045.742.168	Nieta	20	100%

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		☒	Enfermedades de las Arterias Coronarias		☒
Sida		☒	Infarto al Miocardio		☒
Accidente Cerebro Vascular		☒	Hipertensión Arterial		☒
Insuficiencia Renal		☒	Diabetes		☒
Solo para mujeres: Está embarazada actualmente?		☒	En caso afirmativo: Es Primigestante?		☒
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					

OBSERVACIONES

Ampliación de la(s) Respuesta(s) Afirmativa(s) (Favor indicar enfermedad, fecha, tratamiento, entre otros)

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) Afirmo 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 FASECOLD 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 refiera 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 **Barranquilla** a los **01** días del mes de **febrero** de 20 **16**

LIBERTY SEGUROS S.A.
Firma Autorizada

Maria Rosalba Sepulveda T.
SOLICITANTE
C.C No. **22.186.381**



Índice 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 denominadas en la Superintendencia Financiera y las condiciones particulares de la póliza.

SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO ☒		FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO			NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002	
DATOS DEL TOMADOR						
TIPO DE DOCUMENTO ☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS				
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO						
TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 22 186 381		PRIMER APELLIDO Sepulveda		SEGUNDO APELLIDO Tapian		PRIMER NOMBRE Maria
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 60B No 12B-33		TELÉFONO FIJO / CELULAR 364 7453		CIUDAD / MUNICIPIO Soledad		DEPARTAMENTO Atlántico
CORREO ELECTRÓNICO na		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ochali 06 02 1951		GÉNERO M		PESO 67
OCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO ☐ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☒ 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						
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI
Cancer			☒	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos		☒
Insuficiencia renal			☒	Hipertensión arterial		☒
Accidente cerebro vascular			☒	Diabetes mellitus		☒
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent			☒	Enfermedades mentales		☒
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)						
¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO						
Si su respuesta es "Si", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima (Supera monto y plazo)						
En caso de "No", indique: ☐ Cláusula hipertensión (Hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones)						
BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO						
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS			TELÉFONO	EDAD
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 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, 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:						
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, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.						
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 el interés prevalente del menor conforme al 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 y datos sobre mi estado de salud, aún 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.						
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.						
DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA						
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:						
1. No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.						
2. No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.						
3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.						
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo 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 15 días del mes de 03 del año 2019 en la ciudad de Barranquilla						
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada		Maria P. Sepulveda J. FIRMA SOLICITANTE C.C. 22 186 381				
		HUELLA INDICE DERECHO				

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VALOR ASEGURADO

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 la Aseguradora seleccionada.

2. COBERTURAS BÁSICAS

-Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

-Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.

-Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.

-Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) durante máximo 6 meses.

-En los casos en que el titular de la deuda sea rechazado y el codeudor sea quien realice el trámite del seguro, en caso de ser aceptado, este último será quien ostente la calidad de asegurado y quien tendrá las coberturas del seguro.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a)La pérdida total e irre recuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b)La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c)La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d)La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente. El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

4. LÍMITES DE EDAD

4.1 AMPARO BASICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

NOTA: Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía www.solidaria.com.co

En caso de reclamación o inquietud, comuníquese totalmente gratis desde cualquier ciudad del país a la Línea 018000 512021, en Bogotá al 291 6868 o desde cualquier celular al #789, las 24 horas del día, los 365 días del año

SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO ☒		FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO			NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002	
DATOS DEL TOMADOR						
TIPO DE DOCUMENTO ☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS				
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO						
TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 22 186 381		PRIMER APELLIDO Sepúlveda		SEGUNDO APELLIDO Tapian		PRIMER NOMBRE Maria
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 60B No 12B-33		TELÉFONO FIJO / CELULAR 364 7453		CIUDAD / MUNICIPIO Soledad		SEGUNDO NOMBRE Rosalba
CORREO ELECTRÓNICO na		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ochali		DÍA MES AÑO 06 02 1951		DEPARTAMENTO Atlántico
OCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO ☐ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☒ Por sustitución		PESO 67		ESTATURA 1,55
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						
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI
Cancer			☒	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos		☒
Insuficiencia renal			☒	Hipertensión arterial		☒
Accidente cerebro vascular			☒	Diabetes mellitus		☒
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent			☒	Enfermedades mentales		☒
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)						
¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO						
Si su respuesta es "Si", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima (Supera monto y plazo)						
En caso de "No", indique: ☐ Cláusula hipertensión (Hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones)						
BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO						
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS			TELÉFONO	EDAD
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 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, 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:						
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, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.						
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 el interés prevalente del menor conforme al 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 y datos sobre mi estado de salud, aún 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.						
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.						
DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA						
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:						
1. No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.						
2. No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.						
3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.						
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo 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 15 días del mes de 03 del año 2019 en la ciudad de Barranquilla						
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada		Firma Solicitante C.C. 22 186 381			HUELLA INDICE DERECHO	

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VALOR ASEGURADO

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 la Aseguradora seleccionada.

2. COBERTURAS BÁSICAS

-Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

-Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.

-Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.

-Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) durante máximo 6 meses.

-En los casos en que el titular de la deuda sea rechazado y el codeudor sea quien realice el trámite del seguro, en caso de ser aceptado, este último será quien ostente la calidad de asegurado y quien tendrá las coberturas del seguro.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a)La pérdida total e irre recuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b)La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c)La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d)La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente. El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

4. LÍMITES DE EDAD

4.1 AMPARO BASICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

NOTA: Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía www.solidaria.com.co

En caso de reclamación o inquietud, comuníquese totalmente gratis desde cualquier ciudad del país a la Línea 018000 512021, en Bogotá al 291 6868 o desde cualquier celular al #789, las 24 horas del día, los 365 días del año

SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO ☒		FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000001			
DATOS DEL TOMADOR							
TIPO DE DOCUMENTO ☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS					
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO							
TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 22.186.381		PRIMER APELLIDO Sepúlveda		SEGUNDO APELLIDO Tapias			
PRIMER NOMBRE Maria		SEGUNDO NOMBRE Rosalba					
DIRECCIÓN DOMICILIO C/160B # 12B-33		TELÉFONO FIJO / CELULAR 300523337		CIUDAD / MUNICIPIO Soledad			
DEPARTAMENTO Atlántico		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ochali 06/02/1951		GÉNERO M			
CORREO ELECTRÓNICO		PESO 60		ESTATURA 1.55			
OCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO ☐ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☒ 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 NO		
Accidente cerebro vascular					SI NO		
Cáncer / Tumores					SI NO		
Infección por VIH					SI NO		
Diabetes mellitus					SI NO		
Hipotiroidismo					SI NO		
Ceguera					SI NO		
Amputaciones de causa traumática					SI NO		
Insuficiencia renal					SI NO		
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 NO		
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)					SI NO		
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?					SI NO		
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?					SI NO		
¿Cual?					SI NO		
¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO							
Si su respuesta es "SI", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima (Supera monto y plazo)							
En caso de "No", indique: ☐ Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) ☐ 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 y 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 20 días del mes 04 del año 2018 en la ciudad de Barranquilla							
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada				FIRMA SOLICITANTE C.C. 22.186.381			
				HUELLA INDICE DERECHO			

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VALOR ASEGURADO

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 la Aseguradora seleccionada.

2. COBERTURAS BÁSICAS

- Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
- Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.
- Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.
- Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) durante máximo 6 meses.

3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley Colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza.

Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, la incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de Calificación de Invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

4. LÍMITES DE EDAD

4.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

NOTA: Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía www.solidaria.com.co