



**FINESA**  
 COMPAÑÍA DE FINANCIACIÓN ESPECIALIZADA  
 Nit 805.012.610-5

**SOLICITUD INDIVIDUAL  
 PARA EL SEGURO DE VIDA  
 GRUPO DEUDORES**



Fecha de diligenciamiento 6 3 20 Crédito No. 100192147

|                     |   |   |  |                                   |
|---------------------|---|---|--|-----------------------------------|
| DATOS DEL ASEGURADO | Nombres y apellidos del solicitante<br><u>CIELO ELIZABETH LEON ACOSTA</u> |   | Fecha de nacimiento<br><u>25 10 - 1970</u> | Edad<br><u>49</u>                 |
|                     | Número de identificación<br><u>39798930</u>                               | Ocupación actual<br>Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> | Estatura en metros<br><u>1.60</u>          | Peso en Kilogramos<br><u>80 K</u> |
|                     | Dirección<br><u>CALLE 49A 9A 94 TO 4 APTO 801</u>                         |   | Ciudad<br><u>BOGOTA</u>                    | Teléfono<br><u>3143172402</u>     |
|                     |   |   |  |                                   |

|               |                            |                   |             |                 |
|---------------|----------------------------|-------------------|-------------|-----------------|
| BENEFICIARIOS | NOMBRES                    | IDENTIFICACIÓN    | PARENTESCO  | % PARTICIPACION |
|               | <u>JUIS CARLOS GUILLEN</u> | <u>1022968541</u> | <u>HISO</u> | <u>100%</u>     |
|               |                            |                   |             |                 |
|               |                            |                   |             |                 |

**Marque X**  
 Yo, el abajo firmante declaro que:  
 En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad no se encuentra de alguna manera reducida.  
 Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con una x:

|  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mentales - Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Tabaquismo  | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares                    | <input type="checkbox"/> Sida                  | Cigarrillos Diarios  | Tragos Semanales                     |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares                          | <input type="checkbox"/> Drogadicción          | <input type="checkbox"/> 5 o menos   | <input type="checkbox"/> 5 o menos   |
| <input type="checkbox"/> Renales                             | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> 6 a 20  | <input type="checkbox"/> 6 a 20      |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinales                  | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> 21 o más  | <input type="checkbox"/> 21 o más    |
| <input type="checkbox"/> Cerebrovasculares                   | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Otros cuadros clínicos, enfermedades, hospitalizaciones, lesiones o tratamientos? |                                      |

NO

En caso de haber padecido una enfermedad de las anteriormente mencionadas explique:  
 Enfermedades: Trastorno mixto de ansiedad y depresión  
 Año diagnóstico: 5 años  
 Tratamientos: Haloperidol

**\* IMPORTANTE: En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades, entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.**

**TRATAMIENTOS PERSONALES**  
 Autorizo de manera expresa a Allianz Seguros de Vida S.A. para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, reporte, circulación o transferencia. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: Quiénes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; IntermEDIARIOS, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados dentro y fuera del territorio nacional. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo. Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnicos, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar y solicitar la supresión de mis datos. Los Responsables el tratamiento son las Compañías del Grupo Allianz, ubicadas en la Carrera 13A No. 29- 24, piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 18000514405 Opción 2.  
 Autorizo a la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. para acceder a mis historias clínicas y demás documentos que se requieran para verificar mi estado de salud y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. De igual forma declaro que desarrollo en forma normal mis actividades y que mi profesión u oficio son lícitos.

**RESPECTADO CLIENTE FAVOR LEER INFORMACIÓN IMPORTANTE**

- Si usted falta a la verdad u omite información al diligenciar la presente declaración, la aseguradora considera nulo el contrato de seguros (artículo 1058 y 1158 del código de comercio), consideración que usted acepta con el presente documento.
- El seguro entrará en vigor desde el momento en que Finesa desembolse el préstamo al asegurado y o autorice la entrega del bien objeto de la garantía o financiación, lo que primero ocurra, siempre y cuando el deudor cumpla con los requisitos establecido por Allianz.
- Para asegurados cuya edad sea superior a los 65 años, no se otorgará la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
- El diligenciamiento del presente documento no compromete de ningún modo a la aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La aseguradora se reserva el derecho de otorgar cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

**NOTA: La compañía aceptara las declaraciones diligenciadas por el asegurado así estas se hayan diligenciado con anterioridad a la fecha del desembolso y no tengan una retroactividad superior a sesenta (60) días para vehículos particulares y noventa (90) días para vehículos públicos, de sobrepasar este periodo el asegurado deberá diligenciar una nueva declaración.**

|                       |   |                                     |  |                                   |
|-----------------------|---|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| CONDICIONES DE SEGURO | FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO<br><u>12 06 2020</u>   | PLAZO EN MESES<br><u>72</u>         | VALOR ASEGURADO<br><u>\$35.991.000</u> | PRIYA MENSUAL \$<br><u>39.191</u> |
|                       | TIENE OTROS CRÉDITOS CON FINESA SI<br><input checked="" type="checkbox"/> NO  | MONTO DE LOS CRÉDITOS ANTERIORES \$ |  |                                   |
|                       | Firma asegurado <u>Cielo Elizabeth Leon Acosta</u><br>CC No. <u>39.798.930 Btd</u><br><br>Huella Índice derecho <u>490</u> |                                     |  |                                   |