

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

CLASE DE VINCULACIÓN: ASEGURADO ☒ FECHA DE SOLICITUD: 08/04/2021 NÚMERO DE PÓLIZA: 994000000002

DATOS DEL TOMADOR
TIPO DE DOCUMENTO: CC ☒ CE ☐ NI ☐ No: 860.050.750-1 RAZÓN SOCIAL: BANCO GNB SUDAMERIS

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO
TIPO DE DOCUMENTO: X CC ☒ CE ☐ NI ☐ No: 75.069.954 PRIMER APELLIDO: Herrera SEGUNDO APELLIDO: Lopez PRIMER NOMBRE: Jorge SEGUNDO NOMBRE: Enrique
CALLE: Calle 15 Occidente N° 6C-15 TELEFONO FIJO: 312.833.3971 CIUDAD: Manizale DEPARTAMENTO: Caldas
CORREO ELECTRÓNICO: N.A. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Manizale 11/07/1972 GÉNERO: X PÉSO: 79 ESTATURA: 1.78

OCCUPACIÓN DETALLADA: Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa ☐ Por servicio ☒ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución ☐
La prima mensual o cobro 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 extras primas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo inscrito 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
Cáncer X Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos X
Insuficiencia renal X Hipertensión arterial X
Accidente cerebrovascular X Diabetes mellitus X
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de coronación abierta, colocación de stent X Enfermedades mentales X
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique) NO
¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique) NO

¿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: Cláusula hipertensión (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 versan 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 1260 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 o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociadas, domiciliadas en Colombia o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- Recomendar, 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.
- Recomendar, 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.
- Recomendar, 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, 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 HUELLO

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 en profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son honestos y las tareas 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 descritos, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o retención en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1153 del Código de Comercio, o en la cláusula de esta póliza. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es real y en todas sus partes y firmo el presente documento a los 08 días del mes de Abril del año 2021 en la ciudad de Manizale.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada
FIRMA SOLICITANTE
CC: 75.069.954
HUELLO Y FOTOCOPIA