



La Previsora S.A.  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
NIT: 850.602.400-2

## CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

100

VIGENCIA					
DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			HASTA LAS 24:00 HORAS DEL		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

TOMADOR <b>ASAMBLEA DEPARTAMENTAL</b>	NIT. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> No. <b>800078402-5</b>	CONTRIBUTIVO <input checked="" type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL <b>ORLANDO DUQUE QUIROGA</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>3 13 52</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. <b>14.989.459</b>
DIRECCION ACTUAL <b>DV GAN #38-60 Apt:11-12</b>	TELEFONO <b>4441993</b>	CIUDAD <b>CAW</b>
OCCUPACION <b>DIPUTADO</b>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOMBRE CONYUGUE <b>ALBA NIDIAN ACOSTA</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>17 09 57</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. <b>31.845.173</b>
DIRECCION ACTUAL <b>DV GAN #38-60 Apt:11-12</b>	TELEFONO <b>4481049</b>	CIUDAD <b>CAW</b>
OCCUPACION <b>RECTORA Colegio</b>	EPS A LA QUE ESTAN AFILIADOS <b>SEGURO SOCIAL</b>	EXTRAPRIMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

AMPAROS	ASEGURADO PRINCIPAL			CONYUGUE		
	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA
IDA (BASICO)						
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE						
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION						
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE						
ENFERMEDADES GRAVES						
GASTOS FUNERARIOS						
RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACION						
DESEMPLEO						
RENTA POR FALLECIMIENTO						
<b>TOTAL PRIMA ANUAL</b>						

BENEFICIARIO	NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE ASIGNACION	%
	<b>ALBA NIDIAN ACOSTA</b>	<b>Esposa</b>	<b>31.845.173</b>		<b>40</b>
	<b>RODRIGO LEON DUQUE ACOSTA</b>	<b>Hijo</b>	<b>94.532.906</b>		<b>30</b>
	<b>FELIPE DUQUE ACOSTA</b>	<b>Hijo</b>	<b>14.590.249</b>		<b>30</b>

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERIDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS; DECLARAMOS QUE CONOCEMOS QUE LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA SE NOS OTORGA CON FUNDAMENTO A NUESTRAS DECLARACIONES, LA FALSEDAD, OMISIÓN, O ERROR EN ELAS, TENDRAN LOS EFECTOS SEÑALADOS EN LA LEY Y/O EN LA CLÁUSULA DE RETENCIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MATRIZ.

DECLARAMOS QUE NUESTRO ESTADO DE SALUD ES NORMAL Y QUE NO SE NOS HA DIAGNOSTICADO NINGUNA CLASE DE ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR ESTE SEGURO SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981.

AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS PARA VERIFICAR Y PEDIR ANTE CUALQUIER MEDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA INCLUYENDO LA HISTORIA CLINICA RESPECTIVA. ESTA AUTORIZACIÓN COMPRENDE IGUALMENTE LA FACULTAD PARA OBTENER COPIA CERTIFICADA DE NUESTRA HISTORIA CLINICA, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE

A LOS **16** DÍAS DEL MES DE **abril** DE **20**

La Previsora S.A.  
Firma Autorizada

EL ASEGURADO PRINCIPAL

EL CONYUGUE

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

FECHA: DÍA MES AÑO

CIUDAD:

YO C.C. AUTORIZO A A

DESCONTAR DE MI NÓMINA, EL VALOR DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.

Firma del Asegurado:





**La Previsora S.A.**  
EL FUTURO ES NUESTRO, SE LO ASEGURAMOS

## DECLARACION DE ASEGURABILIDAD -

Segunda parte de la solicitud ( Es base del contrato y forma parte integrante de él )

Le rogamos contestarlo en su totalidad: no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras, sírvase validarlas con su firma.

Nombres y apellidos <b>ORLANDO DUQUE QUIROGA</b>		Fecha de nacimiento <b>3-DIC-52</b>	Estatura (en cms) <b>166</b>	Peso (en kilos) <b>90 K</b>	Estado Civil <b>CASADO</b>
En el último año, cuánto. Aumentó de peso ? kilos. Disminuyó de peso <b>4</b> kilos		Explique la causa del aumento o disminución de su peso <b>CONTROL PESO</b>			
Ha estado incapacitado durante los dos últimos años ? <b>NO</b>		En caso afirmativo, diga las causas			
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, Instituto o recluso en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica ? <b>NO</b>		En caso afirmativo, diga el lugar, fechas y causas			
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro ? <b>NO</b>		Detalle en caso afirmativo		Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes ? <b>NO</b>	
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devolutivo el último electrocardiograma)					
Es usted fumador ? <b>NO</b>	Promedio de cigarrillos que fuma al día <b>NO</b>	Consumo bebidas embriagantes ? <b>NO</b>	Clase	Frecuencia	Cantidad
Ha sido tratado por alcoholismo ? <b>NO</b>	En caso afirmativo de detalles				
Ha sido aficionado a la Morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heróicas o estimulantes ? <b>NO</b>	En caso afirmativo de detalles				
Padece alguna enfermedad actualmente ? <b>NO</b>	En caso afirmativo detallela		Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente ? Describalo		
Ha realizado viajes al exterior <b>SI</b>		Ha tenido enfermedades venéreas <b>NO</b>		Le han practicado exámenes de Laboratorio para investigar Sida ? <b>NO</b>	
Cuántos ? <b>10</b>	A dónde ? <b>E.E.U.U. Europa</b>	Cuántos episodios ?		Cuáles ?	

(Conteste Si o No) HA PADECIDO ALGUNA VEZ )

Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos o la columna, fiebre reumática.	<b>NO</b>	Parálisis, epilepsias, vértigos, dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso.	<b>NO</b>	Otras enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.	<b>NO</b>	Cólicos o cálculos renales o de la vejiga, azúcar, pus, sangre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órganos genito urinarios.	<b>NO</b>
Cáncer, tumores	<b>NO</b>	Angina de pecho, opresión torácica, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía.	<b>NO</b>	Asma, tos crónica, pleuresia, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz.	<b>NO</b>	Sífilis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre.	<b>NO</b>
Defectos de la vista o de los oídos. Enfermedades en los ojos o los oídos	<b>NO</b>			Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula, u otras enfermedades abdominales.	<b>NO</b>	Enfermedades de la piel, ganglios, mutilaciones u otros defectos.	<b>NO</b>

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS SUBRAYE LA ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE Y ANOTE DETALLES COMPLETOS EN EL CUADRO SIGUIENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS MEDICOS O PRACTICANTES QUE HA CONSULTADO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.

NOMBRE DEL MEDICO O PRACTICANTE		DIRECCION		Fecha de Consulta			CAUSA DE LA CONSULTA
				Día	Mes	Año	
Historia Familiar	Vivos	Edad	Estado de salud	Enfermedad que padece	Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte
Padre	<b>SI</b>	<b>77</b>					
Madre	<b>SI</b>	<b>74</b>					
No. de hermanos	<b>3</b>						
No. de hermanas							
Conyuge	<b>SI</b>	<b>47</b>					
Hijos	<b>SI</b>	<b>26 23</b>					

PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS UNICAMENTE POR MUJERES

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz ?	Está embarazada ?	Cuánto hace ?	Ha tenido abortos ?	Le han practicado cesárea ?
En los casos afirmativos, favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces ?

Garantizo que las respuestas dadas por mí en este formulario son exactas y verdaderas y convengo que serán parte integrante del Contrato de Seguro y la base de la Póliza que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en estas respuestas ha habido de mi parte falsedad, omisión, reticencia o error que de haber sido conocidos por la Compañía, la hubieran inducido a rechazar el riesgo o disminuir su cuantía o a cobrar una prima superior, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Compañía.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

SPV - 023-1

**CALI ABRIL 16 - 2005**  
Ciudad y Fecha

C.C.

de





La Previsora S.A.  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
NIT: 860.002.400-2

## CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

103

VIGENCIA					
DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			HASTA LAS 24:00 HORAS DEL		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
01	04	05			

TOMADOR <b>Asamblea Dpt Valle</b>		NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
		No. <b>8000 784025</b>	NO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL <b>Mohamed Duque Garcia</b>		FECHA DE NACIMIENTO <b>28 02 1968</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. <b>6.283592</b>	
DIRECCION ACTUAL <b>Conjunto Residencial Torre Molinos</b>		TELEFONO <b>2144300</b>	CIUDAD <b>CADTA60</b>	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
OCUPACION <b>Diputado Asamblea Dpt Valle</b>		ESTADO CIVIL SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO <b>VALLE</b>	
NOMBRE CONYUGUE		FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
			SEXO	
DIRECCION ACTUAL		TELEFONO	SI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
OCUPACION		EPS A LA QUE ESTAN AFILIADOS	EXTRAPRIMA	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

AMPAROS	ASEGURADO PRINCIPAL			CONYUGUE		
	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA
VIDA (BASICO)						
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE						
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION						
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE						
ENFERMEDADES GRAVES						
GASTOS FUNERARIOS						
RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACION						
DESEMPLEO						
RENTA POR FALLECIMIENTO						
TOTAL PRIMA ANUAL						

BENEFICIARIO	NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE ASIGNACION	%
	<b>Valeria Duque Quevedo</b>	<b>Hija</b>			<b>60</b>
	<b>Isabel Cristina Asancho R.</b>	<b>Compañera</b>	<b>42138269</b>		<b>20</b>
	<b>Teresa Lopez Duque</b>	<b>Prima</b>	<b>29.462.694</b>		<b>20</b>

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERIDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS; DECLARAMOS QUE CONOCEMOS QUE LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA SE NOS OTORGA CON FUNDAMENTO A NUESTRAS DECLARACIONES, LA FALSDAD, OMISIÓN, O ERROR EN ELLAS, TENDRAN LOS EFECTOS SEÑALADOS EN LA LEY Y/O EN LA CLAUSULA DE RETENCIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MATRIZ.

DECLARAMOS QUE NUESTRO ESTADO DE SALUD ES NORMAL Y QUE NO SE NOS HA DIAGNOSTICADO NINGUNA CLASE DE ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR ESTE SEGURO. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981. AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, PARA VERIFICAR Y PEDIR ANTE CUALQUIER MEDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA INCLUYENDO LA HISTORIA CLINICA RESPECTIVA. ESTA AUTORIZACIÓN COMPRENDE IGUALMENTE LA FACULTAD PARA OBTENER COPIA CERTIFICADA DE NUESTRA HISTORIA CLINICA, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE **CADTA** A LOS **20** DIAS DEL MES DE **abril** DE **2005**.

La Previsora S.A.  
Firma Autorizada

EL ASEGURADO PRINCIPAL

EL CONYUGUE

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

FECHA: DIA MES AÑO

CIUDAD:

YO AUTORIZO A

DESCONTAR DE MI NÓMINA, EL VALOR DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.

Firma del Asegurado:



### DECLARACION DE ASEGURABILIDAD -

Segunda parte de la solicitud ( Es base del contrato y forma parte integrante de él )

Le rogamos contestarlo en su totalidad; no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras, sírvase validarias con su firma.

Nombres y apellidos <b>Mohammed Duque Garcia</b>		Fecha de nacimiento <b>28 feb. 1968</b>		Estatura (en cms) <b>1.72</b>		Peso (en kilos) <b>70</b>		Estado Civil <b>Soltero</b>	
En el último año, cuánto. Aumentó de peso? <b>NO</b> kilos. Disminuyó de peso <b>NO</b> kilos				Explique la causa del aumento o disminución de su peso —					
Ha estado incapacitado durante los dos últimos años? <b>NO</b>			En caso afirmativo, diga las causas —						
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, instituto o recluso en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica? <b>NO</b>				En caso afirmativo, diga el lugar, fechas y causas —					
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro? <b>NO</b>			Detalle en caso afirmativo —			Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes? <b>NO</b>			
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devolutivo el último electrocardiograma) —									
Es usted fumador? <b>NO</b>		Promedio de cigarrillos que fuma al día —		Consumo bebidas embriagantes? <b>NO</b>		Clase —		Frecuencia —	
Cantidad —		Ha sido tratado por alcoholismo? <b>NO</b>							
En caso afirmativo de detalles —		Ha sido aficionado a la Morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heroicas o estimulantes? <b>NO</b>							
En caso afirmativo de detalles —		Padece alguna enfermedad actualmente? <b>NO</b>							
En caso afirmativo detallela —		Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente? Describalo <b>NO</b>							
Ha realizado viajes al exterior				Ha tenido enfermedades venéreas				Le han practicado exámenes de Laboratorio para investigar Sida?	
Cuántos? A dónde?				Cuántos episodios? Cuáles?					

(Conteste Si o No) HA PADECIDO ALGUNA VEZ )

Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos o la columna, fiebre reumática.	NO	Parálisis, epilepsias, vértigos, dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso.	NO	Otras enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.	NO	Cólicos o cálculos renales o de la vejiga, azúcar, pus, sangre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órganos genito urinarios.	NO
Cáncer, tumores	NO	Angina de pecho, opresión torácica, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía.	NO	Asma, tos crónica, pleuresia, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz.	NO	Sífilis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre.	NO
Defectos de la vista o de los oídos. Enfermedades en los ojos o los oídos	NO			Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula, u otras enfermedades abdominales.	NO	Enfermedades de la piel, ganglios, mutilaciones u otros defectos.	NO

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS SUBRAYE LA ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE Y ANOTE DETALLES COMPLETOS  
EN EL CUADRO SIGUIENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS MEDICOS O PRACTICANTES QUE HA CONSULTADO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.

EN EL CUADRO SIGUIENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS MEDICOS O PRACTICANTES QUE HA CONSULTADO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.								
NOMBRE DEL MEDICO O PRACTICANTE				DIRECCION	Fecha de Consulta			CAUSA DE LA CONSULTA
					Día	Mes	Año	
Historia Familiar	Vivos	Edad	Estado de salud	Enfermedad que padece	Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte	
Padre	X	63	Buena.					
Madre	1				X	55.	cosas de la vida.	
No. de hermanos								
No. de hermanas								
Conyuge								
Hijos	X	8m.	Buena.					

PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS UNICAMENTE POR MUJERES

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz ?	Está embarazada ?	Cuánto hace ?	Ha tenido abortos ?	Le han practicado cesárea ?
En los casos afirmativos, favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces ?


Garantizo que las respuestas dadas por mí en este formulario son exactas y verdaderas y convengo que serán parte integrante del Contrato de Seguro y la base de la Póliza que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en estas respuestas ha habido de mi parte falsedad, omisión, reticencia o error que de haber sido conocidos por la Compañía, la hubieran inducido a rechazar el riesgo o disminuir su cuantía o a cobrar una prima superior, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Compañía.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultado por mí para que suministre a la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

SPV - 023-1

@ALI Abnir 20/2005  
Ciudad y Fecha

persona que me haya atendido o haya sido consultada o  
 considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.



Firma del Solicitante

C.C. 6.283.892 de CAIROCY



# CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

VIGENCIA					
DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			HASTA LAS 24:00 HORAS DEL		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

TOMADOR		NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
		No.		NO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL		FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Juan Carlos Salazar Uribe		4 6 65		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. 16.278.754	
DIRECCION ACTUAL		TELEFONO		CIUDAD	
Calle 14 No. 85A 66 casa 13		330 41 06		Cali	
OCUPACION		ESTADO CIVIL		DEPARTAMENTO	
Diputado		SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>		Valle	
NOMBRE CONYUGUE		FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Liliana Mayor Rebellon		26 8 72		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. 31.177-267	
DIRECCION ACTUAL		TELEFONO		CIUDAD	
Calle 14 No 85A 66 Casa 13		3304106		Cali	
OCUPACION		EPS A LA QUE ESTAN AFILIADOS		EXTRAPRIMA	
Independiente		Cooomeva		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

AMPAROS	ASEGURADO PRINCIPAL			CONYUGUE		
	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA
VIDA (BASICO)			PRIMA 1			
CAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE			Tot: 4163			
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)			C.Arch:			
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION						
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE						
ENFERMEDADES GRAVES						
GASTOS FUNERARIOS						
RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACION						
DESEMPLEO						
RENTA POR FALLECIMIENTO						
<b>TOTAL PRIMA ANUAL</b>						

	NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE ASIGNACION	%
BENEF.	Liliana Mayor Rebellon	Esposa	C.C. 31.177-267		50
	Juan Pablo Salazar M	hijo	R.C. 1999/10/02-29020809		25
	Juan Felipe Salazar M	hijo	93022515940		25

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERIDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS; DECLARAMOS QUE CONOCEMOS QUE LA PÓLIZA AQUI SOLICITADA SE NOS OTORGA CON FUNDAMENTO A NUESTRAS DECLARACIONES, LA FALSEDAD, OMISION, O ERROR EN ELLAS, TENDRAN LOS EFECTOS SEÑALADOS EN LA LEY Y/O EN LA CLAUDULA DE RETICENCIA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MATRIZ.

DECLARAMOS QUE NUESTRO ESTADO DE SALUD ES NORMAL Y QUE NO SE NOS HA DIAGNOSTICADO NINGUNA CLASE DE ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR ESTE SEGURO. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981. AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, PARA VERIFICAR Y PEDIR ANTE CUALQUIER MEDICO O INSTITUCION HOSPITALARIA, LA INFORMACION QUE SEA NECESARIA INCLUYENDO LA HISTORIA CLINICA RESPECTIVA. ESTA AUTORIZACION COMPRENDE IGUALMENTE LA FACULTAD PARA OBTENER COPIA CERTIFICADA DE NUESTRA HISTORIA CLINICA, AUN DESPUES DE MI FALLECIMIENTO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**La Previsora S.A.**  
Firma Autorizada

EL ASEGURADO PRINCIPAL

EL CONYUGUE

AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

FECHA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

yo Juan Carlos Salazar c.c. 16278754 AUTORIZO A \_\_\_\_\_ A

DESCONTAR DE MI NÓMINA, EL VALOR DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_





Segunda parte de la solicitud ( Es base del contrato y forma parte integrante de él )

Nombres y apellidos <b>Juan Carlos Salazar Uribe</b>		Fecha de nacimiento <b>Junio 14/65</b>		Estatura (en cms)		Peso (en kilos)		Estado Civil <b>Casado</b>	
En el último año, cuánto. Aumentó de peso ? kilos.    Disminuyó de peso kilos		Explique la causa del aumento o disminución de su peso							
Ha estado incapacitado durante los dos últimos años ? <b>NO</b>		En caso afirmativo, diga las causas							
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, Instituto o recluso en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica ? <b>NO</b>		En caso afirmativo, diga el lugar, fechas y causas							
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro ? <b>NO</b>		Detalle en caso afirmativo				Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes ?			
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devolutivo el último electrocardiograma)									
Es usted fumador ? <b>NO</b>		Promedio de cigarrillos que fuma al día		Consumo bebidas embriagantes ?		Clase		Frecuencia	
Cantidad									
Ha sido tratado por alcoholismo ? <b>NO</b>		En caso afirmativo de detalles							
Ha sido aficionado a la Morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heroicas o estimulantes ? <b>NO</b>		En caso afirmativo de detalles							
Padece alguna enfermedad actualmente ? <b>NO</b>		En caso afirmativo detallela				Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente ? Describalo			
Ha realizado viajes al exterior <b>NO</b>		Ha tenido enfermedades venéreas				Le han practicado exámenes de Laboratorio para investigar Sida ?			
Cuántos ?      A dónde ?		Cuántos episodios ?		Cuáles ?					

Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos o la columna, fiebre reumática.	NO	Parálisis, epilepsias, vértigos dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso.	NO	Otras enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.	NO	Cólicos o cálculos renales o de la vejiga, azúcar, pus, sangre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órganos genito urinarios.	NO
Cáncer, tumores	NO	Angina de pecho, opresión torácica, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía.	NO	Asma, tos crónica, pleuresía, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz.	NO	Sífilis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre.	NO
Defectos de la vista o de los oídos Enfermedades en los ojos o los oídos	NO			Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula, u otras enfermedades abdominales.	NO	Enfermedades de la piel, ganglios, mutilaciones u otros defectos.	NO

NOMBRE DEL MEDICO O PRACTICANTE				DIRECCION		Fecha de Consulta			CAUSA DE LA CONSULTA	
						Día	Mes	Año		
Historia Familiar	Vivos	Edad	Estado de salud	Enfermedad que padece		Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte		
Padre						X		Natural		
Madre	X	61	Bueno							
No. de hermanos										
No. de hermanas	2	37	Bueno							
Conyuge	X	33	Bueno							
Hijos	2	12 5	Bueno							

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz ?	Está embarazada ?	Cuánto hace ?	Ha tenido abortos ?	Le han practicado cesárea ?
En los casos afirmativos, favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces ?

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante



100

Consulta de Pólizas

802155808      Sucursal: 4 - Ramo: VIDA GRUPO - Poliza: 1002247 - Año: 2005 - Endoso: 1

Solicitud	Cotización	Agrupador	Punto de Venta
Emisión	Vigencia	Asegurado/Tomador	
01/04/2005	01/04/2005 al 01/04/2006	757978 - ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA	

Tipo de Intermediario	Código	Apellidos y Nombres	%	Comisiones	Pendiente
DIRECTO	405	GUTIERREZ FONTHAL ANA VICTORIA	100.00	2,927,548.20	

Componentes de la Prima		Saldo		Moneda		Coberturas	
Prima	64,637,741.00	Prima Actual	0.00	\$		Estado Actual	
Recargos	0.00	Iva Actual	0.00	Cambio	1.0000	Siniestros	
Derechos Emisión	0.00	Mes de MARZO	0.00	Suma Asegurada	7,245,000,000.00	Reaseguro	
Impuestos	0.00	A vencer	0.00			Generación de Póliza	
I.V.A. (\$)	0.00	Total	0.00			Cláusulas	
Descuentos	0.00					Aclaraciones	
Valor Póliza	64,637,741.00					Observaciones	

Movimiento: FACTURACION / MANUAL  
Tipo Negocio: PREVISORA-100%  
Tipo Poliza: NORMAL

Inicio      Sistema de Informad...      ES      10:21      lunes      06/03/2006

Siniestros

Renovar = s Condiciones ala vigencia Anterior.

Nota: Puntos Póliza actualizado del personal Aseguras con numero de cedula, Nombre completo, Fecha de Nacimiento

Amor  
06.03.2006

Santiago de Cali,

10 MAR. 2006

SCRP-

002319

Señores  
ANA VICTORIA GUTIERREZ  
Ciudad

Asunto: VENCIMIENTO POLIZA VG-1002247  
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL

Para la Previsora S.A. Compañía de Seguros, ha sido grato prestar sus servicios, y con ocasión del vencimiento de la Póliza el 01 de Abril de 2.006 le informamos las condiciones para la próxima vigencia :

SE RENUEVA EN IGUALES CONDICIONES A LA VIGENCIA ANTERIOR  
NOTA-FAVOR REMITIR RELACION ACTUALIZADA DEL PERSONAL QUE  
CONTENGA NOMBRE COMPLETO, NUMERO DE CEDULA . FECHA DE  
NACIMIENTO.

Así mismo nos permitimos solicitar el diligenciamiento de los Formularios de Lavado de Activos (SIPLA) exigido por la Superintendencia Bancaria el cual puede encontrar en la pagina web [www.previsora.gov.co](http://www.previsora.gov.co) en la ventana de lavado de activos y autorización para consulta y reporte a Centrales de Información, y a su vez anexar todos los documentos requeridos en el reverso del formulario. La información anteriormente mencionada es indispensable para renovar, expedir y modificar las pólizas de Seguros y debe ser actualizada cada año.

Una vez que la información enviada por ustedes se verifique, tendrá la cobertura requerida.

Quedamos a la espera de la orden de renovación antes de la fecha de vencimiento.

Cordialmente,



PEDRO JOSE DELGADO GUTIERREZ  
Gerente Regional pacífico



ANGELA MARÍA GRUESO  
Subgerente Comercial





**La Previsora S.A.**  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
NIT: 860.002.400-2

PÓLIZA N°

1002247

**17 SEGURO VIDA GRUPO PÓLIZA NORMAL**

SOLICITUD DÍA 21 MES 3 AÑO 2006			CERTIFICADO DE ENDOSO CONTRACTUAL			N° CERTIFICADO 2			CIA. PÓLIZA LIDER N°			CERTIFICADO LIDER N°			A.P. SI						
TOMADOR 757978-ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA												NIT 800.078.402-5									
DIRECCIÓN CALLE 9 CARRERA 8 P3 ESQUINA, CALI, VALLE DEL CAUCA												TELÉFONO 860933									
ASEGURADO 757978-ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA												NIT 800.078.402-5									
DIRECCIÓN CALLE 9 CARRERA 8 P3 ESQUINA, CALI, VALLE DEL CAUCA												TELÉFONO 860933									
EMITIDO EN CALI				CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN				VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos								DÍA MES AÑO				DESDE DÍA MES AÑO A LAS				HASTA DÍA MES AÑO A LAS					
TIPO CAMBIO 0.00				404		4		21 3 2006				16 3 2006 00:00				1 4 2006 00:00				16	
CARGAR A: ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA										FORMA DE PAGO 4. PAGO A LOS 30 DÍA				VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 0.00							

CATEGORIA: 1-AMPARA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

AMPAROS

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

VIDA	170,000,000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	170,000,000.00
MUERTE ACCID. Y BENEF. POR DESMEM.-CATEGORIA	170,000,000.00
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE - CATEGORIA A	5,000,000.00
GASTOS FUNERARIOS	5,000,000.00
ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES	70,000,000.00

A SOLICITUD DEL ASEGURADO CON OFICIO S/N DE FECHA 16/03/2006, SE EFECTUA INGRESO Y RETIROS DE DIPUTADOS DE LA PÓLIZA CITADA EN REFERENCIA POR LA VIGENCIA ARRIBA ANOTADA. SE ANEXA RELACION

INGRESO: 3 DIPUTADOS

14.952.659 CARDONA RODRIGUEZ MELLEBERG  
94.488.734 GIRALDO CADAVID ALVARO JOSE  
16.248.259 TOVAR VIDASL MARTIN GERARDO

RETIRO: 3 DIPUTADOS

2.688.435 MANUEL JOSE REINA COLLAZOS  
31.468.202 CHAVEZ JIMENEZ MARTHA NELLY  
14.989.459 DUQUE QUIROGA ORLANDO

/amparo

Texto Continua en Hojas de Anexos...

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTÍCULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO).

EL PAGO TARDIO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. EN ESTE CASO LA COMPAÑÍA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$*****
GASTOS	\$*****
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$*****
AJUSTE AL PESO	\$*****
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*****

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGUN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22-11-96 EXENTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO 2126/83 ARTÍCULO 21

**La Previsora S.A.**  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
SUB-GERENCIA DE SEGUROS  
REGIONAL MAGDALENA

21/03/2006 15:49:06

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CODIGO	COMPANIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				405	1	ANA VICTORA GUTIERREZ	20.00	0.00



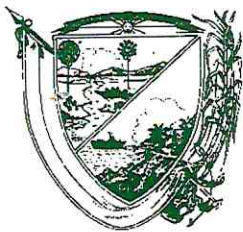
POLIZA V  
ASAMBLEA DEPART

VIGENCIA

C.C.	NOMBRE	EDAD	
	INGRESO		
14.952.659	CARDONA RODRIGUEZ MELLENBERG		1
94.488.734	GIRALDO CADAVID ALVARO JOSE		1
16.248.259	TOVAR VIDAL MARTIN GERARDO		1
	RETIRO		
2.688.435	REINA COLLAZOS MANUEL JOSE	-	1
31.468.202	CHAVEZ JIMENEZ MARTHA NELLY	-	1
14.989.459	DUQUE QUIROGA ORLANDO	-	1

LA PRENSORA S. A.  
Compañía de Seguros  
COMPANIA DE SEGUROS  
SUB-GERENCIA DE SEGUROS  
REGIONAL PACIFICO





Asamblea Departamental  
del Valle del Cauca  
Presidencia

Santiago de Cali, 15 de marzo de 2006

Señores:  
LA PREVISORA  
Atn: Dra Angela Maria Grueso  
Ciudad

Ref: Póliza Vida Diputados 1002247

Cordial Saludo

Con la presente me permito remitirle Certificado Individual de vida grupo y declaración de asegurabilidad para que sean ingresados en la póliza de la referencia los siguientes Diputados :

MELLEMBERG CARDONA RODRÍGUEZ	C.C 14.952.659
ALVARO JOSE GIRALDO CADAVID	C.C 94.488.734
MARTÍN GERARDO TOVAR VIDAL	C.C. 16.248.259

De igual manera solicitamos muy comedidamente retirar de la misma póliza las siguientes personas toda vez que no pertenecen ya a la Corporación.

MANUEL JOSE REINA COLLAZOS	C.C 2.688.435
MARTHA NELLY CHAVEZ JIMENEZ	C.C 31.468.202
ORLANDO DUQUE QUIROGA	C.C. 14.989.459

Agradezco su amable atención.

Atentamente,

MOHAMED DUQUE GARCIA  
Presidente  
Asamblea Departamental del Valle del Cauca

Jurídica : Francy Julieth López V.

112

003476

ASAMBLEA VALLE DEL CAUCA

2006 MAR 16 PM 3:36

Mar 16 3 37 PM '06

102

2

3

4

5

Tel: 12

C Arch: Resp:

OK con los datos  
22-03-06





**La Previsora S.A.**  
COMPANIA DE SEGUROS  
NIT: 660.002.400-2

## CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

VIGENCIA					
DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			HASTA LAS 24:00 HORAS DEL		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

TOMADOR		NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
		No.		NO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL		FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Alvaro Jose Giraldo Cedevid		06 10 1976		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.	
DIRECCION ACTUAL		TELEFONO		SEXO	
Carretera 2 oeste No 202		893 7146		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
OCUPACION		ESTADO CIVIL		CIUDAD	
Diputado		SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>		Valle	
NOMBRE CONYUGUE		FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.	
DIRECCION ACTUAL		TELEFONO		SEXO	
				SI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
OCUPACION		EPS A LA QUE ESTAN AFILIADOS		EXTRAPRIMA	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

AMPAROS	ASEGURADO PRINCIPAL			CONYUGUE		
	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA
JA (BASICO)						
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE						
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION						
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE						
ENFERMEDADES GRAVES						
GASTOS FUNERARIOS						
RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACION						
DESEMPLEO						
RENTA POR FALLECIMIENTO						
<b>TOTAL PRIMA ANUAL</b>						

BENEFICIAR.	NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE ASIGNACION	%
	Socorro Cedevid	mama	38.956.947		100

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERIDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS; DECLARAMOS QUE CONOCEMOS QUE LA PÓLIZA AQUI SOLICITADA SE NOS OTORGA CON FUNDAMENTO A NUESTRAS DECLARACIONES, LA FALSEDAD, OMISIÓN, O ERROR EN ELLAS, TENDRAN LOS EFECTOS SEÑALADOS EN LA LEY Y/O EN LA CLAUSULA DE RETICENCIA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MATRIZ.

DECLARAMOS QUE NUESTRO ESTADO DE SALUD ES NORMAL Y QUE NO SE NOS HA DIAGNOSTICADO NINGUNA CLASE DE ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR ESTE SEGURO. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981. AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS, PARA VERIFICAR Y PEDIR ANTE CUALQUIER MEDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA INCLUYENDO LA HISTORIA CLINICA RESPECTIVA. ESTA AUTORIZACIÓN COMPRENDE IGUALMENTE LA FACULTAD PARA OBTENER COPIA CERTIFICADA DE NUESTRA HISTORIA CLINICA, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**La Previsora S.A.**  
Firma Autorizada

EL ASEGURADO PRINCIPAL

EL CONYUGUE

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

FECHA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ AUTORIZO A \_\_\_\_\_ A

DESCONTAR DE MI NÓMINA, EL VALOR DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS.

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_



**La Previsora S.A.**

EL FUTURO ES NUESTRO, SE LO ASEGURAMOS.

## DECLARACION DE ASEGURABILIDAD -

Segunda parte de la solicitud ( Es base del contrato y forma parte integrante de él )

Le rogamos contestarlo en su totalidad: no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras, sírvase validarlas con su firma.

Nombre y apellidos <b>Alvaro Jose Giraldo Cadavid</b>		Fecha de nacimiento <b>06-10-76</b>		Estatura (en cms)		Peso (en kilos)		Estado Civil <b>Soltero</b>			
En el último año, cuánto. Aumentó de peso? <b>NO</b> kilos. Disminuyó de peso _____ kilos				Explique la causa del aumento o disminución de su peso							
Ha estado incapacitado durante los dos últimos años? <b>SI</b>				En caso afirmativo, diga las causas <b>CALCULO RENAL</b>							
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, Instituto o recluso en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica? <b>SI</b>				En caso afirmativo, diga el lugar, fechas y causas <b>QUISTE Pilonidal Y CALCULO RENALES</b>							
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro? <b>NO</b>				Detalle en caso afirmativo				Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes?			
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devolutivo el último electrocardiograma)											
Es usted fumador? <b>NO</b>		Promedio de cigarrillos que fuma al día		Consumo bebidas embriagantes? <b>NO</b>		Clase		Frecuencia		Cantidad	
Ha sido tratado por alcoholismo? <b>NO</b>		En caso afirmativo de detalles									
Ha sido aficionado a la Morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heróicas o estimulantes? <b>NO</b>				En caso afirmativo de detalles							
Padece alguna enfermedad actualmente? <b>NO</b>		En caso afirmativo detallela				Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente? Describalo <b>NO</b>					
Ha realizado viajes al exterior <b>SI</b>				Ha tenido enfermedades venéreas <b>NO</b>				Le han practicado exámenes de Laboratorio para investigar Sida? <b>NO</b>			
Cuántos? <b>1</b> A dónde? <b>EUROPA</b>				Cuántos episodios? Cuáles?							

(Conteste Si o No) HA PADECIDO ALGUNA VEZ )

Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos o la columna, fiebre reumática.	NO	Parálisis, epilepsias, vértigos dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso.	NO	Otras enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.	NO	Cólicos o cálculos renales o de la vejiga, azúcar, pus, sangre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órganos genitales urinarios.	SI
Cáncer, tumores	NO	Angina de pecho, opresión torácica, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía.	NO	Asma, tos crónica, pleuresia, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz.	NO	Sífilis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre.	NO
Defectos de la vista o de los oídos Enfermedades en los ojos o los oídos	NO			Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula, u otras enfermedades abdominales.		Enfermedades de la piel, ganglios, mutilaciones u otros defectos.	NO

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS SUBRAYE LA ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE Y ANOTE DETALLES COMPLETOS EN EL CUADRO SIGUIENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS MEDICOS O PRACTICANTES QUE HA CONSULTADO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.

NOMBRE DEL MEDICO O PRACTICANTE				DIRECCION		Fecha de Consulta Dia Mes Año			CAUSA DE LA CONSULTA	
Historia Familiar	Vivos	Edad	Estado de salud	Enfermedad que padece	Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte			
Padre	NO				SI	70	CANCER			
Madre	SI	65								
No. de hermanos	2									
No. de hermanas	1									
Conyuge	NO									
Hijos	NO									

PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS UNICAMENTE POR MUJERES

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz ?	Está embarazada ?	Cuánto hace ?	Ha tenido abortos ?	Le han practicado cesárea ?
En los casos afirmativos, favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces ?

Garantizo que las respuestas dadas por mí en este formulario son exactas y verdaderas y convengo que serán parte integrante del Contrato de Seguro y la base de la Póliza que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en estas respuestas ha habido de mi parte falsedad, omisión, reticencia o error que de haber sido conocidos por la Compañía, la hubieran inducido a rechazar el riesgo o disminuir su cuantía o a cobrar una prima superior, excepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Compañía.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

SPV - 023-1

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante

C.C. 94.488.234 de CALI





**La Previsora S.A.**  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
NIT: 850.002.400-2

## CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

VIGENCIA					
DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			HASTA LAS 24:00 HORAS DEL		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

TOMADOR		NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
		No. <input type="checkbox"/>	NO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL <b>Martin Gerardo Tobar Vidal</b>		FECHA DE NACIMIENTO <b>5 9 69</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. <b>16485373</b>	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION ACTUAL <b>Cm 83 N° 6-50 Apto 903A</b>		TELEFONO <b>3303816</b>	CIUDAD <b>Cali</b>	DEPARTAMENTO <b>Bu16</b>
OCUPACION <b>Diputado</b>		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>		
NOMBRE CONYUGUE <b>Jaffa Koncomblom</b>		FECHA DE NACIMIENTO <b>27 12 78</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. <b>38466577</b>	SEXO SI <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCION ACTUAL		TELEFONO	CIUDAD	DEPARTAMENTO
OCUPACION		EPS A LA QUE ESTAN AFILIADOS		EXTRAPRIMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

AMPAROS	ASEGURADO PRINCIPAL			CONYUGE		
	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA
(BASICO)						
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE						
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION						
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE						
ENFERMEDADES GRAVES						
GASTOS FUNERARIOS						
RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACION						
DESEMPLEO						
RENTA POR FALLECIMIENTO						
<b>TOTAL PRIMA ANUAL</b>						

	NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE ASIGNACION	%
BENEFICIAR	<b>Carmon Rosa Vidal dit</b>	<b>Mama</b>			<b>60</b>
	<b>Gabriela Tobar Maun</b>	<b>hija</b>			<b>25</b>
	<b>Jaffa Koncomblom</b>	<b>esposu</b>			<b>15</b>

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERIDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS; DECLARAMOS QUE CONOCEMOS QUE LA PÓLIZA AQUI SOLICITADA SE NOS OTORGA CON FUNDAMENTO A NUESTRAS DECLARACIONES, LA FALSEDAD, OMISION, O ERROR EN ELLAS, TENDRAN LOS EFECTOS SEÑALADOS EN LA LEY Y/O EN LA CLAUSULA DE RETICENCIA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MATRIZ.

DECLARAMOS QUE NUESTRO ESTADO DE SALUD ES NORMAL Y QUE NO SE NOS HA DIAGNOSTICADO NINGUNA CLASE DE ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR ESTE SEGURO. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1991. AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS, PARA VERIFICAR Y PEDIR ANTE CUALQUIER MEDICO O INSTITUCION HOSPITALARIA, LA INFORMACION QUE SEA NECESARIA INCLUYENDO LA HISTORIA CLINICA RESPECTIVA. ESTA AUTORIZACION COMPRENDE IGUALMENTE LA FACULTAD PARA OBTENER COPIA CERTIFICADA DE NUESTRA HISTORIA CLINICA, AUN DESPUES DE MI FALLECIMIENTO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**La Previsora S.A.**  
Firma Autorizada

EL ASEGURADO PRINCIPAL

EL CONYUGE

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

FECHA: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ AUTORIZO A \_\_\_\_\_ A

DESCONTAR DE MI NÓMINA, EL VALOR DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS.

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_





**La Previsora S.A.**  
EL FUTURO ES NUESTRO. SE LO ASEGURAMOS

## DECLARACION DE ASEGURABILIDAD -

Segunda parte de la solicitud ( Es base del contrato y forma parte integrante de él )

Le rogamos contestarlo en su totalidad: no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras, sírvase validarlas con su firma.

Nombres y apellidos <b>Martin Gando Tobar Vidal</b>		Fecha de nacimiento <b>sep 5 / 64</b>	Estatura (en cms) <b>1-74</b>	Peso (en kilos) <b>74</b>	Estado Civil <b>casado</b>
En el último año, cuánto. Aumentó de peso? <b>no</b> kilos. Disminuyó de peso <b>no</b> kilos Explique la causa del aumento o disminución de su peso					
Ha estado incapacitado durante los dos últimos años? <b>no</b>		En caso afirmativo, diga las causas			
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, Instituto o recluso en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica? <b>no</b>		En caso afirmativo, diga el lugar, fechas y causas			
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro? <b>no</b>		Detalle en caso afirmativo		Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes?	
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devolutivo el último electrocardiograma)					
Es usted fumador? <b>no</b>	Promedio de cigarrillos que fuma al día	Consumo bebidas embriagantes?	Clase	Frecuencia	Cantidad
Ha sido tratado por alcoholismo? <b>no</b> En caso afirmativo de detalles					
Ha sido aficionado a la Morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heroicas o estimulantes? <b>no</b> En caso afirmativo de detalles					
Padece alguna enfermedad actualmente?		En caso afirmativo detalle		Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente? Describalo	
Ha realizado viajes al exterior		Ha tenido enfermedades venéreas		Le han practicado exámenes de Laboratorio para investigar Sida?	
Cuántos? <b>4</b> A dónde? <b>EEUU</b>		Cuántos episodios?		Cuáles?	

(Conteste Si o No) HA PADECIDO ALGUNA VEZ

Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos o la columna, fiebre reumática.	Pardisis, epilepsias, vértigos, dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso.	Otras enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.	Cálculos o cálculos renales o de la vejiga, azúcar, pus, sangre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órganos genito urinarios.
Cáncer, tumores	Angina de pecho, opresión torácica, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía.	Asma, tos crónica, pleuresia, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz.	Sífilis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre.
Defectos de la vista o de los oídos. Enfermedades en los ojos o los oídos		Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula, u otras enfermedades abdominales.	Enfermedades de la piel, ganglios, mutilaciones u otros defectos.

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS SUBRAYE LA ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE Y ANOTE DETALLES COMPLETOS EN EL CUADRO SIGUIENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS MEDICOS O PRACTICANTES QUE HA CONSULTADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.

NOMBRE DEL MEDICO O PRACTICANTE		DIRECCION		Fecha de Consulta Día Mes Año			CAUSA DE LA CONSULTA

Historia Familiar	Vivos	Edad	Estado de salud	Enfermedad que padece	Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte
Padre	<b>no</b>						<b>INFARTO</b>
Madre	<b>si</b>						
No. de hermanos	<b>2</b>						
No. de hermanas	<b>4</b>						
Conyuge	<b>si</b>						
Hijos							

### PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS UNICAMENTE POR MUJERES

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz?	Está embarazada?	Cuánto hace?	Ha tenido abortos?	Le han practicado cesárea?
En los casos afirmativos, favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces?

Garantizo que las respuestas dadas por mí en este formulario son exactas y verdaderas y convengo que serán parte integrante del Contrato de Seguro y la base de la Póliza que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en estas respuestas ha habido de mi parte falsedad, omisión, reticencia o error que de haber sido conocidos por la Compañía, la hubieran inducido a rechazar el riesgo o disminuir su cuantía o a cobrar una prima superior, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Compañía.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí para que suministre a la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

SPV - 023-1

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante

c.c. 16485373

de

B / hr.





**La Previsora S.A.**  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
NIT: 860.002.400-2

## CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

VIGENCIA					
DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			HASTA LAS 24:00 HORAS DEL		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

TOMADOR <b>MELLENBERG CARDONA RODRIGUEZ</b>		NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> No. <b>14922659</b>	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/> NO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL		FECHA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DIRECCION ACTUAL <b>Calle 13B #66B-56 apto 504C</b>		TELEFONO <b>3322086</b>	CIUDAD <b>cali</b>	DEPARTAMENTO <b>valle</b>
OCUPACION <b>Diputado del valle.</b>		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>		
NOMBRE CONYUGUE <b>Marlene Sanchez delmar</b>		FECHA DE NACIMIENTO <b>10 09 1962</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. <b>31913216</b>	SEXO SI <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCION ACTUAL <b>Calle 13B #66B-56 apto 504C</b>		TELEFONO <b>3322086</b>	CIUDAD <b>cali</b>	DEPARTAMENTO <b>valle</b>
OCUPACION <b>ama de casa</b>		EPS A LA QUE ESTAN AFILIADOS <b>con Fenaleo</b>	EXTRAPRIMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

AMPAROS	ASEGURADO PRINCIPAL			CONYUGUE		
	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TASA APLICADA %	PRIMA
(BASICO)						
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE						
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL (EXCLUYENDO ACTOS TERRORISTAS)						
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION						
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE						
ENFERMEDADES GRAVES						
GASTOS FUNERARIOS						
RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACION						
DESEMPLEO						
RENTA POR FALLECIMIENTO						
TOTAL PRIMA ANUAL						

BENEFICIARIO	NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE ASIGNACION	%
	MARLENE SANCHEZ DELMAR	Esposa	31.913.216		40
	ANAMARIA CARDONA SANCHEZ	Hija	96011205779		10
	MELLENBERG CARDONA GUTIERREZ	Hijo	94.520.372		10
	Yenny Cardona Gutierrez	Hija	38.565.899		10
	Enrique Robert Cardona Gutierrez	Hijo	14.635.531		10
	Enrique Rodriguez de Cardona	Madre	29.465.342		15

LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS; DECLARAMOS QUE CONOCEMOS QUE LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA SE NOS OTORGA CON FUNDAMENTO A NUESTRAS DECLARACIONES, LA FALSEDAD, OMISIÓN, O ERROR EN ELLAS, TENDRAN LOS EFECTOS SEÑALADOS EN LA LEY Y/O EN LA CLAUSULA DE RETICENCIA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MATRIZ.

DECLARAMOS QUE NUESTRO ESTADO DE SALUD ES NORMAL Y QUE NO SE NOS HA DIAGNOSTICADO NINGUNA CLASE DE ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR ESTE SEGURO. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1991. AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, PARA VERIFICAR Y PEDIR ANTE CUALQUIER MEDICO O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, LA INFORMACIÓN QUE SEA NECESARIA INCLUYENDO LA HISTORIA CLINICA RESPECTIVA. ESTA AUTORIZACIÓN COMPRENDE IGUALMENTE LA FACULTAD PARA OBTENER COPIA CERTIFICADA DE NUESTRA HISTORIA CLINICA, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE **cali** A LOS **10** DIAS DEL MES DE **Febrero** DE **2006**

**La Previsora S.A.**  
Firma Autorizada

EL ASEGURADO PRINCIPAL

EL CONYUGUE

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

FECHA: DIA **10** MES **Febrero** AÑO **2006**

CIUDAD: **cali**

YO **Marlene Sanchez delmar** C.C. **31913216** AUTORIZO A **La Previsora S.A.** A

DESCONTAR DE MI NÓMINA, EL VALOR DEL SEGURO DE VIDA GRUPO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO TOMAR CON DESTINO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.

Firma del Asegurado: **Marlene Sanchez delmar**





**La Previsora S.A.**  
EL FUTURO ES NUESTRO. SE LO ASEGURAMOS

## DECLARACION DE ASEGURABILIDAD -

Segunda parte de la solicitud ( Es base del contrato y forma parte integrante de él )

118

Le rogamos contestarlo en su totalidad; no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras, sírvase validarlas con su firma.

Nombres y apellidos <b>MEILEMBERG CARDONA RODRIGUEZ</b>		Fecha de nacimiento <b>EN 06/49</b>	Estatura (en cms) <b>1.90</b>	Peso (en kilos) <b>84</b>	Estado Civil <b>Casado</b>
En el último año, cuánto. Aumentó de peso? <b>NO</b> kilos. Disminuyó de peso? <b>2</b> kilos		Explique la causa del aumento o disminución de su peso <b>Dieta</b>			
Ha estado incapacitado durante los dos últimos años? <b>NO</b>		En caso afirmativo, diga las causas <b>NO</b>			
Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio, instituto o recluso en la casa para observación, tratamiento o intervención quirúrgica? <b>NO</b>		En caso afirmativo, diga el lugar, fechas y causas <b>NO</b>			
Sabe si necesita someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro? <b>NO</b>		Detalle en caso afirmativo <b>NO</b>		Le han tomado radiografías o le han practicado electrocardiogramas u otros exámenes? <b>NO</b>	
En caso afirmativo, indique los motivos, resultados y fechas. (De ser posible envíe con carácter devaluativo el último electrocardiograma) <b>NO</b>					
Es usted fumador? <b>NO</b>	Promedio de cigarrillos que fuma al día <b>NO</b>	Consumo bebidas embriagantes? <b>SI</b>	Clase <b>3.3.5</b>	Frecuencia <b>POCO</b>	Cantidad <b>POCO.</b>
Ha sido tratado por alcoholismo? <b>NO</b>	En caso afirmativo de detalles <b>NO</b>				
Ha sido aficionado a la Morfina, Cocaína, Marihuana u otras drogas heroicas o estimulantes? <b>NO</b>	En caso afirmativo de detalles <b>NO</b>				
Padeca alguna enfermedad actualmente? <b>NO</b>	En caso afirmativo detallela <b>NO</b>		Se encuentra bajo algún tratamiento actualmente? Describalo <b>ninguno</b>		
Ha realizado viajes al exterior <b>SI</b>	Ha tenido enfermedades venéreas <b>NO</b>		Le han practicado exámenes de Laboratorio para investigar Sida? <b>NO</b>		
Cuántos? <b>NO</b> A dónde? <b>NO</b>	Cuántos episodios? <b>NO</b>		Cuáles? <b>NO</b>		

### (Conteste Si o No) HA PADECIDO ALGUNA VEZ

Gota, artritis, reumatismo, enfermedades de los huesos o la columna, fiebre reumática.	<b>NO</b>	Parálisis, epilepsias, vértigos, dolores de cabeza fuertes y persistentes, otras enfermedades del sistema nervioso.	<b>NO</b>	Otras enfermedades del corazón o del sistema circulatorio.	<b>NO</b>	Cólicos o cálculos renales o de la vejiga, azúcar, pus, sangre o albúmina en la orina, diabetes, otras enfermedades de los riñones, vejiga, órganos genitales urinarios.	<b>NO</b>
Cáncer, tumores	<b>NO</b>	Angina de pecho, opresión torácica, sensaciones de asfixia, tensión arterial alta o baja, palpitaciones, apoplejía.	<b>NO</b>	Asma, tos crónica, pleuresia, tuberculosis, esputos con sangre, otras enfermedades respiratorias, trastornos de la voz.	<b>NO</b>	Sífilis, paludismo, hemorragias, anemia u otras enfermedades de la sangre.	<b>NO</b>
Defectos de la vista o de los oídos. Enfermedades en los ojos o los oídos	<b>NO</b>			Hernias, úlceras, colitis, gastritis del hígado, bazo, vesícula, u otras enfermedades abdominales.	<b>NO</b>	Enfermedades de la piel, ganglios, mutilaciones u otros defectos.	<b>NO</b>

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS SUBRAYE LA ENFERMEDAD CORRESPONDIENTE Y ANOTE DETALLES COMPLETOS EN EL CUADRO SIGUIENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS MEDICOS O PRACTICANTES QUE HA CONSULTADO DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS.

NOMBRE DEL MEDICO O PRACTICANTE		DIRECCION		Fecha de Consulta Día Mes Año			CAUSA DE LA CONSULTA
Historia Familiar	Vivos	Edad	Estado de salud	Enfermedad que padece	Muertos	Edad a la muerte	Causa de la muerte
Padre	<b>NO</b>	<b>65</b>			<b>SI</b>	<b>65</b>	<b>Cáncer</b>
Madre	<b>SI</b>	<b>75</b>	<b>Buena</b>	<b>Ninguna</b>			
No. de hermanos	<b>2</b>	<b>48-46</b>	<b>Buena</b>	<b>Ninguna</b>	<b>SI</b>	<b>48-46</b>	<b>Violencia / accidente de tránsito</b>
No. de hermanas	<b>4</b>	<b>55-51-44-46</b>	<b>Buena</b>	<b>Ninguna</b>			
Conyuge	<b>SI</b>	<b>43</b>	<b>Buena</b>	<b>Ninguna</b>			
Hijos	<b>SI</b>	<b>28-26-23-10</b>	<b>Buena</b>	<b>Ninguna</b>			

### PREGUNTAS PARA SER RESPONDIDAS ÚNICAMENTE POR MUJERES

Ha tenido tumores o enfermedades de los senos, ovarios o matriz?	Está embarazada?	Cuánto hace?	Ha tenido abortos?	Le han practicado cesárea?
En los casos afirmativos, favor explicar				Han sido normales sus partos desde entonces?

Garantizo que las respuestas dadas por mí en este formulario son exactas y verdaderas y convengo que serán parte integrante del Contrato de Seguro y la base de la Póliza que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en estas respuestas ha habido de mi parte falsedad, omisión, reticencia o error que de haber sido conocidos por la Compañía, la hubieran inducido a rechazar el riesgo o disminuir su cuantía o a cobrar una prima superior, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Compañía.

Autorizo expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o a cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultado por mí para que suministre a la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS toda la información que ella considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.

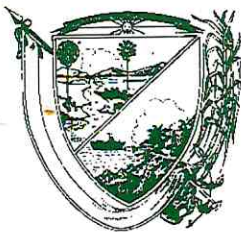
SPV-023-1

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante

c.c. **14952689** de **cali**





Asamblea Departamental  
del Valle del Cauca  
Presidencia

Santiago de Cali, 15 de marzo de 2006

Señores:  
LA PREVISORA  
Atn: Dra Angela Maria Grueso  
Ciudad

Ref: Póliza Vida Diputados 1002247

Cordial Saludo

De la manera más atenta y respetuosa le comunico que teniendo en cuenta que la póliza de la referencia vence el próximo 01 de abril de 2006, la ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA no renovará la misma.

Igualmente me permito informarle que actualmente cursa en la página [www.valledelcauca.gov.co/contratacion](http://www.valledelcauca.gov.co/contratacion) el proceso de selección de la póliza de vida de los Diputados que actúan en la Corporación.

Agradecemos la colaboración prestada.

Atentamente,

MOHAMED DUQUE GARCIA  
Presidente  
Asamblea Departamental del Valle del Cauca

Jurídica : Francy Julieth López V.

Tel. 8860930

2006 MAR 16 PM 3:35

ASAMBLEA VALLE 000062

*Angela*

*T. ✓*

MAR 16 3 44 PM '06

4160	2	3	4	7	7
TEL:	T2:				
C. Arch:	Resp:				

*N*



SENDING REPORT

Se Confirmando Amparo Chavez 120

Mar. 23 2006 03:09PM

YOUR LOGO : LA PREVISORA S.A  
YOUR FAX NO. : 072 8822881

NO.	OTHER FACSIMILE	START TIME	USAGE TIME	MODE	PAGES	RESULT
01	8860956	Mar. 23 03:08PM	00'39	SND	01	OK

TO TURN OFF REPORT, PRESS 'MENU' #04.  
THEN SELECT OFF BY USING '+' OR '-'.

FOR FAX ADVANTAGE ASSISTANCE, PLEASE CALL 1-800-HELP-FAX (435-7329).



SSRP-

0026417

23 MAR. 2005



Doctora  
FRANCY JULIETH LOPEZ VELAZQUEZ  
Asesora Jurídica  
ASAMBLEA DEPTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Cali.

ASUNTO : POLIZA VIDA GRUPO No. 1002247

*Archivar en la póliza*

De acuerdo a su solicitud nos permitimos cotizar la prorroga de la póliza citada en referencia, así:

Vigencia : seis meses \$32.318.871

Vigencia: tres meses \$ 21.007.264

Cordialmente

  
  
HERNANDO MURIEL SALAZAR  
Subgerente de Seguros

HMS/amparo

Regional Pacifico

Pacifico - Cali  
Calle 10 No 4-47 Piso 8  
Tel (2) 883 4773

Armenia  
Calle 21 No 16-37 Piso 3  
Tel (6) 744 4363

Buenaventura  
Calle 7 No 3A-17 Piso 2  
Tel (2) 241 9108

Mococa  
Carrera 8 No 8-06  
Tel (8) 429 5147

Pasto  
Calle 19 No 22-60 Piso 3  
Tel (2) 723 3273

Pereira  
Carrera 8 No 20-67 Piso 6  
Tel (6) 334 6069

Popayán  
Carrera 6 No 4-21 Piso 2  
Tel (2) 824 2301

Casa Matriz  
Calle 57 No 9-07  
Tel (1) 348 5757



SSRP-002647 23 MAR. 2006

Doctora  
FRANCY JULIETH LOPEZ VELAZQUEZ  
Asesora Jurídica  
ASAMBLEA DEPTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Cali.

ASUNTO : POLIZA VIDA GRUPO No. 1002247

De acuerdo a su solicitud nos permitimos cotizar la prorroga de la póliza citada en referencia, así:

Vigencia : seis meses \$32.318.871

Vigencia: tres meses \$ 21.007.264

Cordialmente,

  
EL FORTINO ES MUESTRA AL OCEANO  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
SUB-GERENCIA DE SEGUROS  
REGIONAL PACIFICO

HERNANDO MURIEL SALAZAR  
Subgerente de Seguros

HMS/amparo