

CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO

La presente solicitud de seguro aplica para el Seguro de Vida Grupo Deudores
Crédito de Vehículo y Leasing, Libre Inversión y Libranza
y el Seguro de Vida Grupo Voluntario (Doble vida)

DATOS DEL TOMADOR

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	RAZÓN SOCIAL
NIT 860.051.894-6	BANCO FINANADINA S. A.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE DOCUMENTO 16 786 770	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Cali	DÍA 31	MES 05	AÑO 1989
PRIMER APELLIDO Millan	SEGUNDO APELLIDO Varela	PRIMER NOMBRE Luis	SEGUNDO NOMBRE Hernando		
DIRECCIÓN DOMICILIO Cr 37 # 47-261 int 301	TELÉFONO FIJO / CELULAR 310 774 5537	CIUDAD / MUNICIPIO Cepacabana	DEPARTAMENTO Antioquia		
CORREO ELECTRONICO lhm2601@hotmail.com	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Candelaria	DÍA 26	MES 01	AÑO 1971	GÉNERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DEPORTES QUE PRACTICA Ninguno	OCCUPACIÓN DETALLADA Pensionado	PESO 80 Kg	ESTATURA 167 Cms	VALOR CRÉDITO (SEGURO DE GRUPO DEUDORES) \$ Planto Aprobado	

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.		Loo de ley				
2.						
3.						
4.						

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)
Hipertensión Arterial Controlada		<input checked="" type="checkbox"/>	Patología / Enfermedad
Diabetes Mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha comienzo
Hipotiroidismo		<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamiento
Hiperlipidemia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Colesterol		<input checked="" type="checkbox"/>	
Triglicéridos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gastrointestinal		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.		<input checked="" type="checkbox"/>	

POLIZA SEGURO DE VIDA



00100000185252

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO

¿Solicita Seguro de Vida Grupo Voluntario? Si ☐ No ☒

Amparos del seguro Voluntario:

- Amparo básico de muerte
- Incapacidad total y permanente
- Enfermedades graves
- Auxilio funerario
- Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO (VOLUNTARIO)

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.						
2.						
3.						
4.						

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: 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, a 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 la represente, entendiéndose como 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. Si ☒ No ☐
- 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. Si ☐ No ☒
- 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. Si ☒ No ☐
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el Artículo 26 de la Ley 1581 de 2012. Si ☐ No ☒

INFORMACIÓN ADICIONAL

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

1. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. Si ☐ No ☒
2. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Si ☒ No ☐
3. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros provienen de actividades lícitas. Si ☒ No ☐
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.

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 02 días del mes de abril del año 2018 en la ciudad de Bogotá

Luis Hernando Millan V

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA SOLICITANTE

C.C. 16786770



HUELLA ÍNDICE
DERECHO

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO VIDA GRUPO

A. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CRÉDITO DE VEHÍCULO Y LEASING, LIBRE INVERSIÓN Y LIBRANZA

1. TOMADOR
BANCO FINANDINA

2. GRUPO ASEGURADO
DEUDORES DEL BANCO FINANDINA

3. BENEFICIARIO

BANCO FINANDINA ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO; ENTENDIÉNDOSE COMO SALDO INSOLUTO EL SALDO DE CAPITAL, MAS INTERESES CORRIENTES, MAS INTERESES DE MORA, MAS HONORARIOS JURIDICOS Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE LOS CUALES SE HAYA CALCULADO LA PRIMA COBRADA.

EN CASO DE EXISTIR UN REMANENTE, SERÁ PAGADO A LOS DEMÁS BENEFICIARIOS.

4. COBERTURA DEL SEGURO

LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SERÁ EL TIEMPO QUE TRANSCURRA ENTRE LA FIRMA DEL PAGARÉ O CONTRATO DE LEASING, DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, O ACTIVACIÓN DEL PRODUCTO CUANDO APLIQUE, Y EL PAGO TOTAL DEL MISMO INCLUYENDO LAS PRÓRROGAS Y RENOVACIONES.

5. AMPAROS

5.1. BÁSICO

5.1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO, SUICIDIO, MUERTE ACCIDENTAL, DESAPARICIÓN Y TERRORISMO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL SERÁ IGUAL AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA Y PRIMAS DE SEGURO NO CANCELADAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS FACTORES SE HAYAN TENIDO EN CUENTA PARA EL CÁLCULO DE LA PRIMA.

5.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD SE HAYA DADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ CON BASE EN LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ENTE CALIFICADOR DE SU ENTIDAD, SIN NECESIDAD DE PRESENTAR CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MÉDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP. UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Crédito de Vehículo y Leasing, Libre inversión y Libranza:

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
BÁSICO (Muerte por cualquier causa)	18 AÑOS	75 Años + 364 días	Ilimitada
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 AÑOS	70 Años + 364 días	74 Años + 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

TODOS LOS SOLICITANTES EN EL MOMENTO DE REQUERIR UN CRÉDITO NUEVO, UNA REESTRUCTURACIÓN Y/O REFINANCIACIÓN, DEBEN CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL Y LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDICADOS A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO A LA EDAD Y VALOR ASEGURADO.

Edades	Valor asegurado individual	Requisitos
Hasta 75 años + 364 días	Hasta \$500.000.000	Solicitud individual
	De \$500.000.001 a \$1.000.000.000	• Examen médico general (Forma SV-03) • Análisis de orina completo • Electrocardiograma en reposo

CUANDO EL SOLICITANTE EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, RESPONDA AFIRMATIVAMENTE QUE HA SUFRIDO UNA ENFERMEDAD, DEBE ENVIAR EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA, DONDE CONSTE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES MARCADAS AFIRMATIVAMENTE Y SU EVOLUCIÓN HASTA LA FECHA, LUEGO DE LO CUAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA DARÁ RESPUESTA DENTRO DE LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES, POR ESCRITO SOBRE DICHA SOLICITUD, INDICANDO LA ACEPTACIÓN O NO DEL RIESGO DECLARADO CON EL COBRO DE LA EXTRA PRIMA CORRESPONDIENTE.

SE GARANTIZA REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS A DOMICILIO CUANDO LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD LO REQUIERAN.

8. CUADRO DE EXTRAPRIMAS:

ENFERMEDADES PARA AQUELLOS ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 64 AÑOS MAS 364 DÍAS, DUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$200.000.000, QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

Patología	Extraprima
Hipertensión arterial controlada	50%
Diabetes mellitus	50%
Colesterol	50%
Triglicéridos	50%
Gastrointestinal	50%
Hipotiroidismo	25%
Hiperlipidemia	25%

* PARA LOS CRÉDITOS DE LA LÍNEA DE LIBRANZA SE AMPLÍA LA EDAD HASTA LOS 75 AÑOS Y VALOR ASEGURADO MÁXIMO HASTA \$60.000.000.

SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR, O CUANDO COEXISTAN DOS O MAS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE LOS OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUSCRIPTOR.

9. VALOR ASEGURADO

9.1 CRÉDITO DE VEHÍCULO Y LEASING, LIBRE INVERSIÓN Y LIBRANZA:

CRÉDITO DE VEHÍCULO Y LEASING, LIBRANZA Y LIBRE INVERSIÓN EL VALOR ASEGURADO POR PERSONA SERÁ EL EQUIVALENTE AL VALOR DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA Y PRIMAS DE SEGURO NO CANCELADAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS FACTORES SE HAYAN TENIDO EN CUENTA PARA EL CÁLCULO DE LA PRIMA, SIN SUPERAR EN NINGÚN CASO LA SUMA DE \$1.000.000.000, ACUMULADA EN UNO O VARIOS CRÉDITOS.

B. SEGURO VIDA GRUPO VOLUNTARIO DOBLE VIDA

1. TOMADOR
BANCO FINANDINA

2. GRUPO ASEGURADO
CLIENTES DEL BANCO FINANDINA QUE VOLUNTARIAMENTE ADQUIEREN LA PROTECCIÓN DE VIDA.

3. BENEFICIARIO

LOS BENEFICIARIOS SON LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, O EN SU DEFECTO LOS DE LEY.

4. COBERTURA DEL SEGURO

LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SERÁ EL TIEMPO QUE TRANSCURRA ENTRE LA FIRMA DEL PAGARÉ O CONTRATO DE LEASING, DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, O ACTIVACIÓN DEL PRODUCTO CUANDO APLIQUE, Y EL PAGO TOTAL DEL MISMO INCLUYENDO LAS PRÓRROGAS Y RENOVACIONES.

5. AMPAROS

5.1. BÁSICO

5.1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO, SUICIDIO, MUERTE ACCIDENTAL, DESAPARICIÓN Y TERRORISMO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

5.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD SE HAYA DADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ CON BASE EN LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ENTE CALIFICADOR DE SU ENTIDAD, SIN NECESIDAD DE PRESENTAR CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MÉDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP. UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

5.3 INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL Y LA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE OCURRA DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

EN DESMEMBRACIÓN APLICA SEGÚN TABLA DE PORCENTAJE DE PÉRDIDA QUE SE ENCUENTRAN EN EL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.

5.4 ENFERMEDADES GRAVES

SE PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO EN CASO QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DESCRITAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA:

1. CÁNCER (INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS, ENFERMEDAD DE HODGKIN, MELANOMA MALIGNO)
2. INFARTO AL MIOCARDIO
3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
4. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
5. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA
6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, INTESTINO DELGADO Y MEDULA ÓSEA).

LA INDEMNIZACIÓN OPERA COMO ANTICIPO DEL 60% DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA.

5.5 AUXILIO FUNERARIO

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGASE A FALLECER, A CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
BÁSICO (Muerte por cualquier causa)	18 AÑOS	75 Años + 364 días	Ilimitada
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 AÑOS	70 Años + 364 días	74 Años + 364 días
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	18 AÑOS	75 Años + 364 días	Ilimitada
ENFERMEDADES GRAVES	18 AÑOS	68 Años + 364 días	64 Años + 364 días
AUXILIO FUNERARIO	18 AÑOS	75 Años + 364 días	Ilimitada

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

TODOS LOS SOLICITANTES EN EL MOMENTO DE REQUERIR UN CRÉDITO NUEVO, UNA REESTRUCTURACIÓN Y/O REFINANCIACIÓN, DEBEN CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL Y LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDICADOS A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO A LA EDAD Y VALOR ASEGURADO.

Edades	Valor asegurado individual	Requisitos
Hasta 75 años + 364 días	Hasta \$300.000.000	Solicitud individual y declaración de asegurabilidad

8. VALOR ASEGURADO

Amparo	Valor Asegurado
BÁSICO (Muerte por cualquier causa)	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$300.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$300.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$300.000.000
ENFERMEDADES GRAVES	El 60% del Amparo básico
AUXILIO FUNERARIO	El 10% del amparo básico, máximo \$10.000.000.00

9 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES Y/O VIDA GRUPO VOLUNTARIO:

LOS SIGUIENTES SON LOS DOCUMENTOS QUE SE EXIGIRÁ PARA ATENDER UNA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL, SEGÚN SEA EL CASO:

- A. REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO O FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA
- B. REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- C. LIQUIDACIÓN DE LA OBLIGACIÓN ESTIMADA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO (VIDA GRUPO DEUDOR).
- D. CERTIFICADO DEL MÉDICO, CUANDO SE TRATE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL.
- E. ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER O CERTIFICACIÓN DE LA FISCALÍA QUE ADELANTA LA INVESTIGACIÓN, EN CASO DE MUERTE VIOLENTA.
- F. PARA LOS ASEGURADOS QUE NO HAGAN PARTE DE UN RÉGIMEN ESPECIAL SE REQUIERE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MÉDICA, JUNTA REGIONAL, EPS, ARL O AFP.
- G. EN CASO DE MUERTE NATURAL EN UNA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ES IMPORTANTE LA SOLICITUD DE LA HISTORIA DEL FALLECIMIENTO.
- H. SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

10. CLAUSULADO

RECOMENDAMOS AL ASEGURADO LEER EL PRESENTE CLAUSULADO, DONDE SE DETALLAN LOS AMPAROS Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA. ASÍ MISMO LO PUEDE CONSULTAR EN LA PÁGINA DEL BANCO FINANDINA WWW.BANCOFINANDINA.COM Y DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.CO. DE CONFORMIDAD CON EL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 1047 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LO NO CONTENIDO EN ESTE CLAUSULADO, SE TENDRÁN COMO CONDICIONES GENERALES LAS DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO CLAUSULADO 25112016-1502-P-31, DS-C.02.02-PER-14 V. 2, Y VIDA GRUPO DEUDORES CLAUSULADO 02/08/2017-1502-P-PERSO-CL-SUSV-06

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