

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

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	NÚMERO DE PÓLIZA 99400000001
---	-----------------------------------	---------------------------------

**DATOS DEL TOMADOR**

TIPO DE DOCUMENTO  CC  CE  NIT No. **860.050.750-1** RAZÓN SOCIAL **BANCO GNB SUDAMERIS**

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

TIPO DE DOCUMENTO  CC  CE  TI No. **63.282.828**

PRIMER APELLIDO **Guzo** SEGUNDO APELLIDO **Ruedo** PRIMER NOMBRE **Lucía** SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN DOMICILIO **Calle 35 # 24 - 55 Torre 3 Apto 403** TELÉFONO FIJO / CELULAR **3016098175** CIUDAD / MUNICIPIO **Floridoblanco** DEPARTAMENTO **Sonsonce**

CORREO ELECTRÓNICO **lucilaguzo@yahoo.es** LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO **Zapatoa** DÍA MES AÑO **05 05 1960** GÉNERO **M** PESO **63** ESTATURA **1.65**

OCUPACIÓN DETALLADA  Empleado  Pensionado  Ama de casa  Por servicio  Por edad  Por sanidad  Por invalidez  Por sustitución

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

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

Accidente cerebro vascular	SI	NO	Enfermedades Neurológicas	SI	NO
Cancer / Tumores	SI	NO	Enfermedades Hepáticas	SI	NO
Infección por VIH	SI	NO	Pulmones	SI	NO
Diabetes mellitus	SI	NO	Hiperlipidemia	SI	NO
Hipotiroidismo	SI	NO	Colesterol	SI	NO
Ceguera	SI	NO	Triglicéridos	SI	NO
Amputaciones de causa traumática	SI	NO	Hipertensión arterial	SI	NO
Insuficiencia renal				SI	NO
Cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)				SI	NO
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)				SI	NO
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?				SI	NO

Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?  
¿Cual?  SI  NO

¿El cliente requiere remisión médica?  SI  NO

Si su respuesta es "Si", indique:  Por edad y monto  Por enfermedad declarada  Por extraprima (Supera monto y plazo)

En caso de "No", indique:  Cláusula hipertensión (Hasta 30 millones)  Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones)  Buen estado de salud

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

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

NOTA: La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firme como solicitante.

**CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien le represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA; 3) Reportar a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

**FIRMA Y HUELLA**

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

- Tanto mis actividades como mi profesión u oficio declaradas en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguro no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza.

Como constancia de haber leído, 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 19 días del mes 03 del año 2018 en la ciudad de Bucaramanga

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA  
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE  
C.C. 63.282.828



GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SUDAMERIS FM-C-06-54 V.2 19/07/2016

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MORENO RAMIREZ IMPRESORES SAS - TEL.: 338 0475 NIT 900 086 207-1