

Certificado individual
Póliza de seguro Vida Grupo Deudores
 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)

Aseguradora Solidaria de Colombia
 [Siempre garantía a ti]
 NIT. 860.051.894-6

Comprobante de Seguros



Datos del tomador

Razón social: Banco Finandina S.A.

Información del asegurado

Tipo de documento: C.C. C.E. No. 93129337 Lugar de expedición: ESPINAL Fecha de expedición: 25/05/1992

Primer apellido: CARRILLO Segundo apellido: GUZMAN Primer nombre: NELSON Segundo nombre: ERIQUE

Dirección domicilio: MZ B CASA 68 REMANSOS JOF Teléfono fijo: 3212323293 Ciudad / Municipio: IBAGUE Departamento: TOLIMA

Correo electrónico: peri-grans@hotmail.com Lugar y fecha de nacimiento: GUAMO 28/08/1972 Sexo: M F Peso: 70 KG Estatura: 1,73 M

Deportes que practica: Fútbol Ocupación: Independiente Valor crédito (seguro de grupo deudores): \$89.000.000

Beneficiarios en caso de fallecimiento para el seguro de Vida Grupo Deudores

No. Documento de identidad	Nombres y apellidos	Teléfono	Ciudad	Edad	Afinidad	%
39575-886	Yohana Paoli Acosta	3212323293	IBAGUE	40	Esposa	100%

Declaración de asegurabilidad

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

Patología / enfermedad	Si	No
Hipertensión Arterial Controlada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diabetes Mellitus	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hiperlipidemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Colesterol	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Triglicéridos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Túnel metacarpiano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Manguito rotador	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

¿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

Si No

Observaciones (Detalle información preguntas anteriores)

Patología / Enfermedad	Fecha comienzo	Tratamiento

Póliza de seguro de Vida Grupo Voluntario

¿Solicita Seguro de Vida Grupo Voluntario? Si No

Amparos:

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

Asistencias:

- Orientación jurídica telefónica
- Misión de conceptos jurídicos
- Asistencia jurídica preliminar
- Documentos
- Referencia de médicos especialistas
- Asistencia nutricional telefónica
- Manejo de agenda (citas médicas y medicamentos)
- Orientación telefónica tecnológica
- Referencia sobre planes de viajes
- Referencia de cursos/talleres

Beneficiarios en caso de fallecimiento para el seguro de Vida Grupo Voluntario

No. Documento de identidad	Nombres y apellidos	Teléfono	Edad	Afinidad	%
39575-886	Yohana Paoli Acosta Gray	3212323293	40	Esposa	100%

Clausula de autorización

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que al 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 atos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no ha 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 ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por ésta o a quien la represente, para recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar:

a) Mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual

b) 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.

c) 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; para transmitir y transferir mis datos personales a terceros países, siempre y cuando se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012

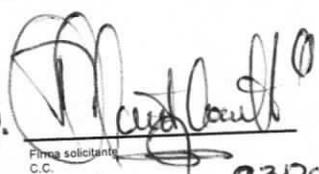
Información adicional

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

- Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y verídicos en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o retención en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio
- 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 retención 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 25 días del mes de Nov del año 2019 en la ciudad de IBAGUE

Constancia de asesoría:
 "Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro, así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1326 de 2009, la autorización otorgada por la aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo".

Nelson G. Carrillo. 
 Nombres y apellidos Firma solicitante

C.C. 93129337


 Huella índice derecho

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SOLICITUD INDIVIDUAL - FINANCIERA FM-GOPE-66

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA