

**SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DE
BBVA COLOMBIA**

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236207469615482476

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.003.020-1	RAZÓN SOCIAL BBVA COLOMBIA
DIRECCIÓN CARRERA 9 # 72 - 21	TELÉFONO 3471600
Ciudad / Municipio BOGOTÁ	DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	NÚMERO DE DOCUMENTO 7.702.874	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Neiva	DÍA 26	MES 11	AÑO 1994
NOMBRES Y APELLIDOS Alexander Mariu Larrahondo					
DIRECCIÓN DOMICILIO CL. 9C #50-16, Apt 602A		TELÉFONO Fijo / CELULAR 3175014629	CIUDAD / MUNICIPIO Cali		DEPARTAMENTO Valle
CORREO ELECTRÓNICO Larrahondo2510@gmail.com		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Neiva	DÍA 25	MES 10	AÑO 1976
DEPORTES QUE PRACTICA Caminata		GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		PESO 75 Kg	ESTATURA 172 cms
VALOR CRÉDITO (SEGURO DE GRUPO DEUDORES) \$					

<input checked="" type="checkbox"/> DIESTRO <input type="checkbox"/> AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/> ZURDO	ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE
OCUPACIÓN DETALLADA Médico	EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input type="checkbox"/> POR SERVICIO <input type="checkbox"/> POR EDAD <input type="checkbox"/> POR SANIDAD <input type="checkbox"/> POR INVALIDEZ <input type="checkbox"/> POR SUSTITUCIÓN

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿HA PADECIDO O ESTÁ EN TRATAMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON LO SIGUIENTE?

CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	RIÑONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
CÁNCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	PULMONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	INFECCIÓN POR HIV	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	TRASTORNOS MENTALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		

2. ¿HA PADECIDO, PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE DEPRESIÓN, DEMENCIA O TRASTORNOS MENTALES U OTRA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS MENCIONADAS EN EL NUMERAL ANTERIOR?

SI ☐ NO ☒

3. ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ACCIDENTES QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABE SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SI ☐ NO ☒

4. ¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PENDIENTE?

SI ☐ NO ☒

EN CASO DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR DAR DETALLES

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

DECLARO QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ME HA INFORMADO: 1) QUE EL AVISO DE PRIVACIDAD Y EL MANUAL DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB: [HTTPS://WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO](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 1286 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 MI

AUTORIZO DE MANERA PREVIA, EXPRESA E INFORMADA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y/O CUALQUIER SOCIEDAD CONTROLADA DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE QUE TENGA PARTICIPACIÓN ACCIONARIA O SEA ASOCIADO, DOMICILIADO EN COLOMBIA Y/O EN EL EXTERIOR, TERCEROS CONTRATADOS POR ESTA O A QUIEN LA REPRESENTA, EN ADELANTE LA ASEGURADORA PARA:

- 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 LA SIGUIENTE FINALIDAD: 1) DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CONTRATO DE SEGURO
- 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
- 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
- TRANSMITIR Y TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES A TERCEROS PAÍSES SIEMPRE QUE SE REQUIERA CUMPLIR LAS FINALIDADES DESCRITAS O SE ENCUENTRE ESTIPULADA POR EL ARTÍCULO 28 DE LA LEY 1581 DE 2012

DECLARACIONES - FIRMA

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARO EXPRESAMENTE LO SIGUIENTE

1. TANTO MI PROFESIÓN U OFICIO DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON LÍCITOS Y LAS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES Y NO PRACTICO DEPORTES O AFICIONES QUE AFECTEN MI INTEGRIDAD. LOS DINEROS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DE SEGUROS NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.

2. LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDICAS 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 07 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2018 EN LA CIUDAD DE Cali

Alexander Mariu L

NOMBRES Y APELLIDOS

Alexander Mariu L

FIRMA SOLICITANTE
C.C.

772874

UDORES BBVA COLOMBIA FM-GCOM-34 V.2 13/06/2018

CESES Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRU

GERENCIA DL

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO