



Aseguradora Solidaria
de Colombia

NIT. 860.524.654-6

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO ☒	FECHA DE SOLICITUD 23 05 2016	NÚMERO DE PÓLIZA 994000000001
--	---	---

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. 8385210	PRIMER APELLIDO Yepes	SEGUNDO APELLIDO Mesa	PRIMER NOMBRE Guillermo	SEGUNDO NOMBRE Ocaris
DIRECCIÓN DOMICILIO Cil 47 # 14 - 85	TÉLEFONO FIJO / CELULAR 3463975	CIUDAD / MUNICIPIO Santa Barbara	DEPARTAMENTO Antioquia	
CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Carolina 28 09 1944	DÍA	MES	AÑO
	GÉNERO F	PESO 85	ESTATURA 1.63	
OCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa	EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO ☐ 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
Cancer / Tumores	SI ☒ NO ☐ Enfermedades Hepáticas
Infección por VIH	SI ☒ NO ☐ Pulmones
Diabetes mellitus	SI ☒ NO ☐ Hiperlipidemia
Hipotiroidismo	SI ☒ NO ☐ Colesterol
Ceguera	SI ☒ NO ☐ Triglicéridos
Amputaciones de causa traumática	SI ☒ NO ☐ Hipertensión arterial
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)	
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)	
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?	
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?	
¿Cual?	
¿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	TÉLEFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.		Margarita de Jesus Aras Yepes		65	Compañera	100%
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:

- 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; 3) Reportar a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- 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.
- 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.
- 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 expresamente 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 verificadas 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 **23** días del mes **05** del año **2016** en la ciudad de **Medellin**

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. **8385210**

ASEGURADORA

