



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

CLASE DE VINCULACIÓN		FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000001	
ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>					
DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS			
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO					
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 12.101.394		PRIMER APELLIDO Rodriguez		SEGUNDO APELLIDO Martinez	
PRIMER NOMBRE Alberto		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 33 sur #23-053163366982		TELÉFONO Fijo / CELULAR		CIUDAD / MUNICIPIO Bogotá	
CORREO ELECTRÓNICO		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Bogotá 08/01/1943		DEPARTAMENTO Cundinamarca	
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input type="checkbox"/> Por servicio <input checked="" type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución			
<p>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.</p>					
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?					
Accidente cerebro vascular	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Cáncer / Tumores	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Infección por VIH	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Pulmones	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Hiperlipidemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Hipotiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Colesterol	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Ceguera	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Triglicéidos	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Amputaciones de causa traumática	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Insuficiencia renal	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Mentales (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés post trauma, epilepsia controlada y/u otros)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Solo para mujeres. ¿Está embarazada actualmente?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
¿El cliente requiere remisión médica?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Si su respuesta es "SI", indique: <input type="checkbox"/> Por edad y monto <input type="checkbox"/> Por enfermedad declarada <input type="checkbox"/> Por extraprima (Supera monto y plazo)					
En caso de "No", indique: <input type="checkbox"/> Cláusula hipotensión (Hasta 30 millones) <input type="checkbox"/> Enfermedad con extraprima automática (hasta 55 millones) <input checked="" type="checkbox"/> 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
1.					% DESIG.
2.					
NOTA: La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firme como solicitante.					
CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN					
<p>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.</p> <p>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:</p> <p>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; 3) Reportar a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					
FIRMA Y HUELLA					
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:					
<p>1. 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.</p> <p>2. 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 irrevocabilidad de esta póliza.</p> <p>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 <u>22</u> días del mes <u>11</u> del año <u>2018</u> en la ciudad de <u>Bogotá</u>.</p>					
 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada		 FIRMA SOLICITANTE C.C. <u>12.101.394</u> ASEGURADORA			
		