




**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 extras primas. 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"/>				
¿Cuál?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
¿El cliente requiere remisión médica? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
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 hipertensión (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 irreductibilidad 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			
					

GCA/DP 110071.13732

Bogotá D.C., 27 de mayo de 2021

Señora
ADRIANA RODRÍGUEZ RINTHA
vladiazul@me.com
Calle 35 sur No.23 A - 05
Bogotá

Asunto: Derecho de Petición

Respetada señora:

Nos referimos al Derecho de Petición remitido por usted a nuestra Entidad, mediante el cual solicita información del seguro del crédito a nombre del señor ALBERTO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (Q.E.P.D.) y copia de la póliza de seguro de vida No.9940000000002.

En primer lugar, nos permitimos aclarar que el Banco en el presente asunto actúa en calidad de beneficiario de la póliza que ampara su crédito, sin que tenga injerencia alguna en el estudio que adelante la Aseguradora, ni de las decisiones adoptadas por ésta.

Ahora bien, nos permitimos reiterar la respuesta emitida por nuestra Entidad de fecha 21 de diciembre de 2020, bajo radicado GCA/SS 26543, adjunta como **Anexo 1**, en la cual le informamos que en el documento “*SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO*” suscrito por el señor Rodríguez, **Anexo 2**, en la pestaña *Declaración de Asegurabilidad* contenida en el formulario mencionado, el prenombrado declaró que no padecía de alguna enfermedad o incapacidad, sin embargo, según comunicación de la Aseguradora Solidaria de Colombia del día 12 de agosto de 2020, se informó que el señor Rodríguez (Q.E.P.D.) fue diagnosticado de insuficiencia renal crónica no especificada el 27 de diciembre de 2017, nefropatía diabética, desde el mes de agosto del año 2016, razón por la cual la aseguradora negó la afectación de la póliza adscrita al crédito No. 106551108 (105790523), a nombre del señor ALBERTO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (Q.E.P.D.) por preexistencia, por cuanto al momento de solicitar el seguro no informó sobre los padecimientos descritos en dicho comunicado, mediante **Anexo 3** adjuntamos la comunicación en cuestión.

Por otra parte, adjuntamos copia de las condiciones generales, particulares, las cuales podrán ser consultadas por el reclamante en la página web del Banco Sudameris. **Anexo 4** y copia de la Certificación de coberturas a la fecha de ocurrencia del siniestro (13/05/2020). **Anexo 5**.

Para finalizar, le indicamos que la obligación 106551108 (105790523), a nombre del señor ALBERTO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (Q.E.P.D.), a la fecha se encuentra vencida.

Cordialmente,



GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN
Danna R.

GCA/SS 26543

Bogotá D.C., 21 de diciembre de 2020

Señora
ADRIANA RODRÍGUEZ RINTHA
carr80@gmail.com

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Respetada señora:

Nos referimos a la comunicación enviada por usted, mediante la cual en calidad de hija del señor **ALBERTO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ (Q.E.P.D.)** solicita información de la obligación adquirida por parte del señor Rodríguez con nuestra entidad teniendo en cuenta su fallecimiento y las novedades por usted indicadas.


Sobre el particular, nos permitimos informarle que de acuerdo a lo manifestado por usted en la comunicación, procedimos con las respectivas validaciones sin encontrar inconsistencia alguna en el proceso de solicitud y desembolso de la obligación adquirida por parte del señor Rodríguez, la cual se desembolsó el día 28 de febrero del 2019 por un monto de \$28'000.000,00 de acuerdo a los documentos suscritos y firmados por el titular, los cuales adjuntamos mediante **Anexo No. 1** para su verificación.

Así mismo, le aclaramos que el crédito No. 105790523 objeto de su reclamación, fue desembolsado para la cancelación de la obligación No. 105790510 y el restante por valor de \$3'820.564,78 fue transferido a la cuenta de ahorros No. ****7555 del Banco AV Villas registrada a nombre del señor Rodríguez de acuerdo al soporte de transferencia que adjuntamos mediante **Anexo No. 2** para su revisión.

Así las cosas, le informamos que el Banco no ha realizado el cobro de valores que no hubiesen sido autorizados por el titular, estando cada uno de ellos plenamente justificados y ajustados al marco legal según las condiciones suscritas para la aprobación de la obligación, así mismo no evidenciamos inconsistencia alguna relacionada con el desembolso y el saldo adeudado a la fecha a nuestra entidad.

Finalmente, nos parece importante mencionar que dimos traslado a la aseguradora de su reclamación y la misma fue objetada por la Aseguradora por preexistencia, quien encontró que la reclamación no era procedente teniendo en cuenta que en las condiciones de la póliza contratada se excluyen las enfermedades o accidentes preexistentes o diagnosticados antes de la suscripción de la solicitud de seguro y que para el caso particular no se declaró en forma completa los antecedentes de salud, quien fundamentó que el deudor tenía conocimiento de sus antecedentes de salud, situación que no fue declarada por el señor Rodríguez estando obligado a ello de acuerdo con la declaratoria de asegurabilidad, lo cual fue aclarado en la respuesta emitida por la Aseguradora Solidaria de Colombia en comunicación de fecha 12 de agosto de 2020 de la cual enviamos copia mediante **Anexo No. 3** para su validación.

Cordialmente.



GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN

Carlos S.

www.gnbsudameris.co

Línea Tellibranzas en Bogotá 739 99 59 y 01 8000 112914 desde otras ciudades

USBGNS/713

Bogotá D.C., 02 de Septiembre de 2020



Señor (a)
ADRIANA RODRIGUEZ RINTHA
CLL 35 SUR # 23A-05
Tel. 3144087099
BOGOTÁ, D.C. - [Bogotá, D.C.]


REF.: Sinistro 843-16-2020-34557 - Banco GNB Sudameris
Asegurado: ALBERTO RODRIGUEZ MARTINEZ CC. 17101394

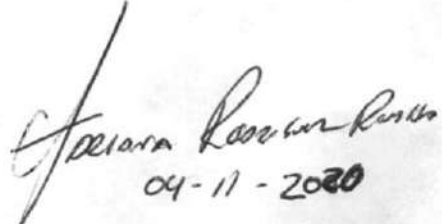
Apreciado(a) señor(a):

Cordialmente nos permitimos remitir copia de la comunicación emitida por la Compañía de Seguros, en respuesta al requerimiento presentado.

Es importante mencionar que Aon Risk Services Colombia S.A., es un corredor de Seguros vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia, con el objeto social exclusivo y excluyente, el cual solamente lo faculta para ejercer las labores de corretaje e intermediación de seguros.

Cordial saludo,


MARIA LUCERO ALVAREZ
Ejecutiva de Cuenta
Diagonal 27 No. 6 - 70
Tel. 3433900 Ext. 21031-21033


04-11-2020

Bogotá D.C, 12 de agosto de 2020
OBSP-2020- 2.383-RUI - 41956

Señores
BANCO GNB SUDAMERIS S A
Kr 8 15 42
3433900
Distrito Capital
Bogotá, D.C.

REFERENCIA.

POLIZA: 994.000.000.002
TOMADOR: BANCO GNB SUDAMERIS S A
ASEGURADO: ALBERTO RODRIGUEZ MARTINEZ
RECLAMACION: No. 843 - 16 - 2020 - 34557

Respetados Señores,

Atentamente hemos recibido para análisis los documentos con los cuales se pretende dar afectación al amparo básico de muerte, con ocasión al lamentable fallecimiento del Sr Alberto Rodriguez Martinez, ocurrido el pasado 13 de mayo de 2020

Sobre el particular nos permitimos informar:

La póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000002 tiene como objeto proteger los deudores del Banco GNB Sudameris S.A. contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente y cuya realización pueda aparejarle al tomador un perjuicio económico.

El Sr. Alberto Rodriguez Martinez, firmó la declaración de asegurabilidad para el trámite del crédito solicitado al Banco GNB Sudameris S.A el día 22 de noviembre de 2018, en la misma no manifestó padecer de ninguna enfermedad descrita o no en mencionado documento ni tampoco enunció otra patología o evento relevante.

De acuerdo con lo anterior, se procedió con la revisión de los antecedentes médicos del asegurado, referidos en la historia clínica emitida por Nueva EPS, en la que se detalla que El Sr Alberto Rodríguez Martínez, había sido diagnosticado con "Insuficiencia renal crónica, no especificada el 27 de diciembre de 2017, nefropatía diabética desde el mes de agosto de 2018". Lo anterior ocurre de manera previa a la solicitud del crédito, sin que dichas enfermedades fueran manifestadas en la declaración de asegurabilidad diligenciada por el asegurado.

Ciertamente, la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. El Sr Alberto Rodriguez Martinez, presenta unos antecedentes médicos importantes los cuales complicaron su estado de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

"El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)"

En tanto, el artículo 1039 del mismo código, prevé:

"El seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable. En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. (...)"

OBSP-2020- 2.383-RUI - 41956

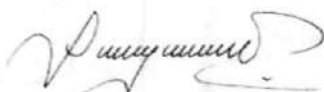
De acuerdo a los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que El Sr Alberto Rodríguez Martínez, omitió informar que era una persona con los antecedentes anteriormente descritos, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumenta las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichas condiciones fueron factores de riesgo para su fallecimiento, presentándose así un nexo causal entre las circunstancias no mencionadas en la declaración de asegurabilidad y la causa de la muerte.

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

"Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar."

En concordancia con lo enunciado, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, no procede favorablemente con su solicitud y resuelve objetar su petición, declinando cualquier pago pretendido, por cuanto las patologías y eventos enunciados en esta misiva guardan relación de causalidad respecto de la procedencia del lamentable fallecimiento del Sr. El Sr Alberto Rodríguez Martínez.

Con toda atención,



GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Copia SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS

Intermediario: AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORREDORES DE SEGUROS

Elaboro: STMARTINEZ

Reviso: GADIAZ

Aprobó: ACALVO



Bogotá D.C, 25 de junio de 2021
OBSP-21 - 2.631-RUI - 41956

Señora
ADRIANA RODRIGUEZ RINTHA
Dirección: Calle 35 Sur # 23ª - 05
Teléfono: 3433900
BOGOTÁ, D.C.

REFERENCIA.

POLIZA: 994.000.000.002
TOMADOR: BANCO GNB SUDAMERIS S A
ASEGURADO: ALBERTO RODRIGUEZ MARTINEZ
RECLAMACION: No. 843 - 16 - 34557

Apreciada Sra. Adriana

En nombre de la Gerencia de Indemnizaciones de Personas de Aseguradora Solidaria de Colombia, reciba un cordial saludo.

Conforme a su solicitud informamos que:

Analizados los argumentos planteados en su solicitud, informamos que se hace necesario que aporte registro civil de nacimiento donde se demuestre su calidad de hija del señor Alberto Rodriguez Martinez (q.e.p.d) y copia de su documento de identidad, toda vez que aunque se indica que se aportan, estos no fueron anexados a su solicitud, lo anterior en aras de salvaguardar la integridad y reserva de la información del señor Alberto Rodriguez Martinez (q.e.p.d) por lo cual nos abstenemos de pronunciarnos ante su solicitud.

Una vez se allegue tal autorización, procederemos a pronunciarnos de fondo ante su solicitud.

Por favor allegar estos documentos al correo ncsoporte@solidaria.com.co; es importante que esta documentación se radique completa y que los documentos sean legibles, para continuar con el trámite de su solicitud.

Ratificamos nuestro compromiso para asistirle y acompañarle dentro de su proceso indemnizatorio, razón por la cual le manifestamos que podrá contactarse con nosotros por medio de los correos electrónicos yezrodriguez@solidaria.com.co y stmartinez@solidaria.com.co, o al teléfono 6464330 Ext. 1770 en el horario de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes, donde atenderemos todas y cada una de sus inquietudes.

Por lo anterior damos por atendido su requerimiento. En caso de requerir mayor información puede hacerlo a través de nuestra página web <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>.
Con toda atención,

Con toda atención,

GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Copia SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS
Intermediario: AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORREDORES DE SEGUROS

Elaboro: STMARTINEZ
Reviso: hcorredor Aprobó: hcorredor