FINESA
COMPAÑÍA DE FINANCIACIÓN ESPECIALIZADA
Nit 805.012.610-5

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

Allianz

Fecha de diligenciamiento	29	10	2019	Crédito No.	100182916

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos del solicitante				Fecha de nacimiento	Edad
Manuel Jesus Natib				DIA 22 MES 03 AÑO 1954	65
Número de identificación	**Ocupación actual** Empleado / Independiente		**Actividad**	**Estatura en metros**	**Peso en Kilogramos**
6300.651			Pensionado	1.60	55
Dirección				**Ciudad**	**Teléfono**
Calle 35 6e14				Palmira	3116462218

BENEFICIARIOS

NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACION
Nelly Socorro Manchabajoy	29503891	Esposa	25%
Nelly Alejandra Mera Natib	1006308671	Nieta	25%
Gustavo Eduardo Natib	1113689998	hijo	25%
Stiven Natib Manchabajoy	1113675605	hijo	25%

DECLARACIÓN DE SALUD - ASEGURABILIDAD

Marque X

Yo, el abajo firmante declaro que:

☒ En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad no se encuentra de alguna manera reducida.

Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con una x:

☐ Mentales - Psiquiátricas	☐ Artritis	☐ Tabaquismo		☐ Alcoholismo
☐ Cardiovasculares	☐ Sida	Cigarrillos Diarios		Tragos Semanales
☐ Pulmonares	☐ Drogadicción	☐ 5 o menos		☐ 5 o menos
☐ Renales	☐ Hipertensión Arterial	☐ 6 a 20		☐ 6 a 20
☐ Gastrointestinales	☐ Cáncer	☐ 21 o más		☐ 21 o más
☐ Cerebrovasculares	☐ Diabetes	☐ Otros cuadros clínicos, enfermedades, hospitalizaciones, lesiones o tratamientos?		

En caso de haber padecido una enfermedad de las anteriormente mencionadas explique:

Enfermedades: _____

Año diagnóstico: _____

Tratamientos:

*** IMPORTANTE: En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades, entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.**

TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera expresa a Allianz Seguros de Vida S.A. para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, reporte, circulación o transferencia. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados dentro y fuera del territorio nacional. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo. Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnicos, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar y solicitar la supresión de mis datos. Los Responsables el tratamiento son las Compañías del Grupo Allianz, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29- 24, piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 18000514405 – Opción 2.

Autorizo a la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. para acceder a mis historias clínicas y demás documentos que se requieran para verificar mi estado de salud y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. De igual forma declaro que desarrollo en forma normal mis actividades y que mi profesión u oficio son lícitos.

RESPETADO CLIENTE FAVOR LEER INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. Si usted falta a la verdad u omite información al diligenciar la presente declaración, la aseguradora considera nulo el contrato de seguros (articulo 1058 y 1158 del código de comercio), consideración que usted acepta con el presente documento.
2. El seguro entrará en vigor desde el momento en que Finesa desembolse el préstamo al asegurado y/o autorice la entrega del bien objeto de la garantía o financiación, lo que primero ocurra, siempre y cuando el deudor cumpla con los requisitos establecido por Allianz.
3. Para asegurados cuya edad sea superior a los 65 años, no se otorgará la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
4. El diligenciamiento del presente documento no compromete de ningún modo a la aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La aseguradora se reserva el derecho de otorgar cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

NOTA: La compañía aceptara las declaraciones diligenciadas por el asegurado así estas se hayan diligenciado con anterioridad a la fecha del desembolso y no tengan una retroactividad superior a sesenta (60) días para vehículos particulares y noventa (90) días para vehículos públicos, de sobrepasar este periodo el asegurado deberá diligenciar una nueva declaración.

CONDICIONES DE SEGURO

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO	PLAZO EN MESES	VALOR ASEGURADO $	PRIMA MENSUAL $
DIA 28 MES 10 AÑO 2019	60	33.704.000.	31.019

TIENE OTROS CRÉDITOS CON FINESA SI ____ NO X — MONTO DE LOS CRÉDITOS ANTERIORES $

manuel Jesus Natib

6-300651

Firma asegurado
CC No.

Huella Índice derecho

ENTIDAD TOMADORA