Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN	FECHA DE SOLICITUD (DÍA / MES / AÑO)	NÚMERO DE PÓLIZA
ASEGURADO [X]	31 / 10 / 2016	994000000001

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO	No.	RAZÓN SOCIAL
[ ] CC [ ] CE [X] NIT	860.050.750-1	BANCO GNB SUDAMERIS

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO	No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
[X] CC [ ] CE [ ] TI	71673901	Paniagua	Muñoz	Hector	de Jesus

DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO FIJO / CELULAR	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cll 52 sur # 67-90	3002284307	San Antonio de Prado	Antioquia

CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	GÉNERO (M / F)	PESO	ESTATURA
hepamu717@hotmail.es	Medellin / 23 / 09 / 1966	X (F)	60	1.62

OCUPACIÓN DETALLADA: [X] 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?	SI	NO
Accidente cerebro vascular	SI	X NO
Cancer / Tumores	SI	X NO
Infección por VIH	SI	X NO
Diabetes mellitus	SI	X NO
Hipotiroidismo	SI	X NO
Ceguera	SI	X NO
Amputaciones de causa traumática	SI	X NO
Insuficiencia renal	SI	X NO
Cardiacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos, cirugía de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)	SI	X NO
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)	SI	X NO
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?	SI	NO
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cual?	SI	X NO

Enfermedades Neurológicas	SI	NO
Enfermedades Hepáticas	SI	X NO
Pulmones	SI	X NO
Hiperlipidemia	SI	X NO
Colesterol	SI	X NO
Triglicéridos	SI	X NO
Hipertensión arterial	SI	X NO

¿El cliente requiere remisión médica? [ ] SI [X] 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	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.		Cristian David Paniagua Franco	3146809508	21	Hijo	50%
2.		Juan Jose Paniagua Franco	3127410265	20	Hijo.	50%

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:

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.

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.

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.

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.

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresadamente lo siguiente:

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.

2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y veridicas 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 31 días del mes 10 del año 2016 en la ciudad de Medellin

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. 71673901

HUELLA ÍNDICE DERECHO

ASEGURADORA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SUDAMERIS FM-C.06-54 V.2 19/07/2016

MORENO RAMIREZ IMPRESORES SAS - TEL: 338 6475 NIT 900.066.207-1

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN	FECHA DE SOLICITUD (DÍA / MES / AÑO)	NÚMERO DE PÓLIZA
ASEGURADO [X]	04 / 01 / 2017	994000000001

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO	No.	RAZÓN SOCIAL
[ ] CC [ ] CE [X] NIT	860.050.750-1	BANCO GNB SUDAMERIS

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO	No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
[X] CC [ ] CE [ ] TI	71673901	Paniagua	Munoz	Hector	De Jesus

DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO FIJO / CELULAR	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cll 52 Jul # 67 - 14	3002284307	San Antonio de Prado	Antioquia

CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA / MES / AÑO	GÉNERO (F / M)	PESO	ESTATURA
	Medellin	23 / 08 / 1966	F [X]	65	1.62

OCUPACIÓN DETALLADA: [X] 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 [X]	Enfermedades Neurológicas	SI	NO [X]
Cancer / Tumores	SI	NO [X]	Enfermedades Hepáticas	SI	NO [X]
Infección por VIH	SI	NO [X]	Pulmones	SI	NO [X]
Diabetes mellitus	SI	NO [X]	Hiperlipidemia	SI	NO [X]
Hipotiroidismo	SI	NO [X]	Colesterol	SI	NO [X]
Ceguera	SI	NO [X]	Triglicéridos	SI	NO [X]
Amputaciones de causa traumática	SI	NO [X]	Hipertensión arterial	SI	NO [X]
Insuficiencia renal				SI	NO [X]
Cardiacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos, cirugia de corazón abierto, colocación de stent y/u otros)				SI	NO [X]
Mentales: (Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia controlada y/u otros)				SI	NO [X]
Solo para mujeres: ¿Está embarazada actualmente?				SI	NO
Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? ¿Cual?				SI	NO [X]

¿El cliente requiere remisión médica? [ ] SI [X] 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	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.		Liliam Amparo Franco		47	Esposa	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:

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.

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.

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.

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.

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresadamente lo siguiente:

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.

2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y veridicas 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 04 días del mes 01 del año 2017 en la ciudad de Medellin

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. 71673901

HUELLA ÍNDICE DERECHO

ASEGURADORA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SUDAMERIS FM-C.06-54 V.2 19/07/2016

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN	FECHA DE SOLICITUD (DÍA / MES / AÑO)	NÚMERO DE PÓLIZA
ASEGURADO [X]	20 / 11 / 2019	994000000002

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO	RAZÓN SOCIAL
☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1	BANCO GNB SUDAMERIS

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
☑ CC ☐ CE ☐ TI No. 71.673.901	Paniagua	Moñoz	Hector	de Jesus

DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO FIJO / CELULAR	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Cll 53 Sur # 67-130	3117824712	Medellin	Antioquia

CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	GÉNERO M	GÉNERO F	PESO	ESTATURA
	Medellin	23	08	1966	X		48	1.62

OCUPACIÓN DETALLADA	EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO
☑ Empleado ☐ Pensionado ☐ Ama de casa	☐ 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

¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO
Cancer		X	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos		X
Insuficiencia renal		X	Hipertensión arterial		X
Accidente cerebro vascular		X	Diabetes mellitus		X
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		X	Enfermedades mentales		X

¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique) N.A

¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique) N.A

¿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 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones)

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	% DESIG.
1.	43.608.296	Liliam Amparo Franco			Esposa	100
2.						

NOTA: La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firme como solicitante.

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; 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, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:**

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, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la **ASEGURADORA.**

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 el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.

c) 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.

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.

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

1. No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.
2. No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.
3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas 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.
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas 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, 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 20 días del mes de Noviembre del año 2019 en la ciudad de Medellin.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. 71.673.901

HUELLA ÍNDICE DERECHO

ASEGURADORA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SUDAMERIS FM-SUSV-63) V.4 12/10/2018

MORENO RAMIREZ IMPRESORES SAS - TEL.: 338 0475 NIT 900.086.207-1

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VALOR ASEGURADO

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 la Aseguradora seleccionada.

2. COBERTURAS BÁSICAS

-Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

-Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.

-Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos ($1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.

-Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos ($300.000) durante máximo 6 meses.

-En los casos en que el titular de la deuda sea rechazado y el codeudor sea quien realice el trámite del seguro, en caso de ser aceptado, este último será quien ostente la calidad de asegurado y quien tendrá las coberturas del seguro.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

a)La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.

b)La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.

c)La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.

d)La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de $1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley.Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de $300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

4. LÍMITES DE EDAD

4.1 AMPARO BASICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA

Mínimo para ingresar18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA

Mínimo para ingresar18 años Máximo para Ingresar75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

NOTA: Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía www.solidaria.com.co