

# Certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

La presente solicitud de seguro aplica para el Seguro de Vida Grupo Deudores Crédito de Vehículo y Leasing, Libre inversión y Libranza y el Seguro de Vida Grupo Voluntario (Doble Vida)



Datos del tomador			
Razón social: Banco Finandina S.A.	NIT. 860.051.894-6	Dirección: Kilómetro 17 Carretera Central del Norte	Teléfono (031) 219 19 19

Información del asegurado					
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____		Lugar de expedición: _____		Fecha de expedición: <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	
Primer apellido: _____		Segundo apellido: _____		Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____	
Dirección domicilio: _____		Teléfono fijo: _____		Ciudad / Municipio: _____ Departamento: _____	
Correo electrónico: _____		Lugar y fecha de nacimiento: <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso: _____ KG Estatura: _____ M	
Deportes que practica: _____		Ocupación: _____		Valor crédito (seguro de grupo deudores) : _____ \$	

Beneficiarios en caso de existir remanente y para la(s) línea(s) de crédito que aplique(n)						
No. Documento de identidad	Nombres y apellidos	Teléfono	Ciudad	Edad	Afinidad	%

Declaración de asegurabilidad																																			
¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?																																			
Patología / enfermedad	Observaciones (Detalle información preguntas anteriores)																																		
Hipertensión Arterial Controlada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Patología / Enfermedad</th> <th style="width: 25%;">Fecha comienzo</th> <th style="width: 25%;">Tratamiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Patología / Enfermedad	Fecha comienzo	Tratamiento																														
Patología / Enfermedad	Fecha comienzo	Tratamiento																																	
Diabetes Mellitus	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Hipotiroidismo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Hiperlipidemia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Colesterol	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Triglicéridos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Túnel metacarpiano	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
Manguito rotador	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																		

Póliza de seguro de Vida Grupo Voluntario	
¿Acepta el Seguro de Vida Grupo Voluntario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Amparos:</b> - Amparo básico de muerte - Indemnización adicional Y beneficios por desmembración - Incapacidad total y permanente	- Enfermedades graves - Auxilio funerario

Asistencias	
- Orientación jurídica telefónica - Misión de conceptos jurídicos - Asistencia jurídica preliminar - Documentos - Referencia de médicos especialistas	- Asistencia nutricional telefónica - Manejo de agenda (citas médicas y medicamentos) - Orientación telefónica tecnológica - Referencia sobre planes de viajes - Referencia de cursos/ talleres

Beneficiarios en caso de fallecimiento para el Seguro de Vida Grupo Voluntario						
No. Documento de identidad	Nombres y apellidos	Teléfono	Edad	Afinidad	%	

Clausula 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: <a href="https://www.aseguradorasolidaria.com.co">https://www.aseguradorasolidaria.com.co</a> 2 ) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre atos 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 ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por ésta o a quien la represente, para: recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar:
a) Mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual
b) 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) 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; para transmitir y transferir mis datos personales a terceros países, siempre y cuando se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012

Información adicional	
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente: - 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. - 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	
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 _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____	
Constancia de asesoría: "Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo".	
_____ Nombres y apellidos	_____ Firma solicitante C.C.
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella índice derecho	

