Aseguradora Solidaria de Colombia

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236209379600022457

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BBVA COLOMBIA

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZON SOCIAL
CC ☐ CE ☒ NIT	860.003.020-1	BBVA COLOMBIA

DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 9 # 72 - 21	3471600	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
CC ☐ CE ☐					

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Londoño	Cano	Luz	Helena

DIRECCIÓN DOMICILIO	TELEFONO FIJO / CELULAR	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
calle 55A 24-25	3146828461	Manizales	Caldas

CORREO ELECTRONICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	GENERO M / F	PESO	ESTATURA
	Aguadas	04	01	52	X	162 Kg	1.52 cm

DEPORTES QUE PRACTICA	OCUPACIÓN DETALLADA	VALOR CREDITO (SEGURO DE GRUPO DEUDORES)
		$

☐ DIESTRO ☐ AMBIDIESTRO ☐ ZURDO	ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNION LIBRE
OCUPACION DETALLADA	EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO: ☐ POR SERVICIO ☐ POR EDAD ☐ POR SANIDAD ☐ POR INVALIDEZ ☐ POR SUSTITUCION

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1 ¿HA PADECIDO O ESTA EN TRATAMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD O INCAPACIDAD RELACIONADA CON LO SIGUIENTE?

CORAZÓN	SI ☐ NO ☒	PRESIÓN ARTERIAL	SI ☐ NO ☒	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	SI ☐ NO ☒	RINONES	SI ☐ NO ☒
CÁNCER	SI ☐ NO ☒	DIABETES	SI ☐ NO ☒	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	SI ☐ NO ☒	PULMONES	SI ☐ NO ☒
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	SI ☐ NO ☒	INFECCIÓN POR HIV	SI ☐ NO ☒	TRASTORNOS MENTALES	SI ☐ NO ☒		

2 ¿HA PADECIDO PADECE O ES TRATADO ACTUALMENTE DE DEPRESIÓN DEMENCIA O TRASTORNOS MENTALES U OTRA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS MENCIONADAS EN EL NUMERAL ANTERIOR? SI ☐ NO ☒

3 ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA, HA PADECIDO ACCIDENTES QUE IMPIDAN DESEMPEÑAR LABORES PROPIAS DE SU OCUPACIÓN O SABE SI SERÁ HOSPITALIZADO O INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE? SI ☐ NO ☒

4 ¿HA TENIDO O TIENE ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PENDIENTE? SI ☐ NO ☒

EN CASO DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVO A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES POR FAVOR DAR DETALLES

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 LA SIGUIENTE FINALIDAD: 1) DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 POLIZAS 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.**

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 21 DÍAS DEL MES DE Feb DEL AÑO 2018 EN LA CIUDAD DE Manizales.

Luz Helena Londoño C.

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA SOLICITANTE

CC 24308164

HUELLA INDICE DERECHO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BBVA COLOMBIA FM-GCOM-34 V 1 27/12/2017