

## SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCO PICHINCHA FM-GCOM-68 V.1 20/03/2019

### DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. <b>890.200.756-7</b>		RAZÓN SOCIAL <b>BANCO PICHINCHA S. A.</b>	
DIRECCIÓN <b>CARRERA 11 N. 92-09</b>		TELÉFONO <b>6501050</b>	CIUDAD / MUNICIPIO <b>BOGOTÁ</b>
DEPARTAMENTO <b>CUNDINAMARCA</b>			

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE DOCUMENTO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN			DÍA	MES	ANO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
DIRECCIÓN DOMICILIO			TELÉFONO FIJO / CELULAR		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		
CORREO ELECTRONICO				LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			DÍA	MES	ANO
				GÉNERO M F		PESO Kg		ESTATURA Cms	

EN EL EVENTO DE SINIESTRO, AUTORIZO AL BANCO PICHINCHA S. A. A DESCONTAR DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, EL EXCEDENTE, SI LO HUBIERE, SOLICITO SEA ENTREGADO A LOS BENEFICIARIOS QUE SE ENCUENTRAN DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

### BENEFICIARIOS

TIPO	No. DOC. DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DESIG.

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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

CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RIÑONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁNCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PULMONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INFECCIÓN POR HIV	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRASTORNOS MENTALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

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 ALGÚN 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** para tratar mis datos personales siempre y cuando sea con la finalidad de realizar las actividades propias del contrato de seguro, entendiéndose como el proceso de suscripción e indemnización, por ello manifiesto que acepto que sean recolectados, consultados, verificados, almacenados, grabados, compartidos y reportados:

- Mis datos financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual.
- 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.
- 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.

Autorizo y entiendo que los datos anteriormente autorizados pueden ser transferidos y/o transmitidos 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.

### APLICACIÓN DE CONCEPTO DE RETICENCIA Y PREEXISTENCIA (APLICA ÚNICAMENTE PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE)

SE ACLARA QUE CUANDO SE DILIGENCIEN DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD PARA CRÉDITOS DESEMBOLOSADOS IGUALES O INFERIORES A DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$250.000.000) NO TENDRÁN EFECTO LAS SANCIONES CONTENIDAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. ASÍ MISMO, LA ASEGURADORA NO APLICARÁ EL CONCEPTO DE PREEXISTENCIA.

LA PRESENTE CLÁUSULA NO APLICA CUANDO EL CÚMULO TOTAL POR DEUDOR SEA SUPERIOR A DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$250.000.000) COMO CONSECUENCIA DE AUMENTO DE VALOR ASEGURADO POR REESTRUCTURACIONES, REFINANCIACIONES, RETANQUEOS Y/O NUEVOS CRÉDITOS.

\*EL CONCEPTO DE RETICENCIA SE ENCUENTRA EN EL NUMERAL 13 DEL CLAUSULADO GENERAL (ENFERMEDAD PREEXISTENTE), EL CUAL PUEDE SER CONSULTADO EN LA PÁGINA WEB [HTTPS://WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/RESOURCES/SITE1/GENERAL/CLAUSULADOS/VIDAGRUP/CLAUSULADO-VIDA-GRUPO-ASC.PDF](https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/general/CLAUSULADOS/VIDAGRUP/CLAUSULADO-VIDA-GRUPO-ASC.PDF)

### DECLARACIONES – FIRMA Y HUELLA

- 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. LOS DINEROS UTILIZADOS PARA PAGAR LA PRIMA DE SEGUROS NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
  - LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERIDICAS 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE  
C.C.

\_\_\_\_\_  
HUELLA INDICE DERECHO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA