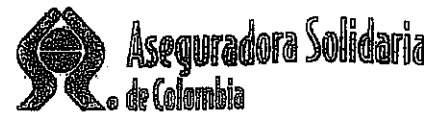


SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

TIPO DE DOCUMENTO		RAZÓN SOCIAL	
NIT No. 830134115-5		FEASSEC	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 12B # 7 - 80	3419331	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA

TIPO DE DOCUMENTO		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN			
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____				DÍA	MES	AÑO	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO		TELÉFONO/FAX	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO			
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX	NACIONALIDAD			

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE

PESO	ESTATURA	DIESTRO	AMBIDIESTRO	ZURDO	DEPORTES QUE PRACTICA
KG	MTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OCCUPACIÓN DETALLADA	VALOR ASEGURADO	INGRESOS MENSUALES
	\$	\$

DECLARACIONES DE SEGURO DE VIDA

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? **SI** **NO**

¿Cuál? _____

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 no quirúrgico pendiente? **SI** **NO**

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? **SI** **NO**

6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? **SI** **NO**

7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? **SI** **NO**

8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? **SI** **NO**

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DE DEUDORES

Autorizo de manera expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Clausula 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: 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 la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA.

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, 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.

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

- 1. Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI NO
- 2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI NO
- 3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
- 4. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 5. 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 _____.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

FIRMA SOLICITANTE
C.C.

HUELLA (ÍNDICE DERECHO)