

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

(Personas naturales con establecimiento de comercio y personas con empresas unipersonales)

Nota importante:

- 1 No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- 2 Si usted falta a la verdad al diligenciar la siguiente declaración, la Aseguradora considerará nulo el contrato de seguro (artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio), consideración que usted acepta por medio de este documento.
- 3 El seguro iniciará su vigencia una vez que el Banco efectúe el desembolso del crédito, previa aprobación del seguro por parte del Asegurador.

NOMBRES Y APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____

CIUDAD _____ TEL _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____

CIUDAD _____ TEL _____

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Señale con una (x)SI o NO de acuerdo con su situación:

- | | SI | NO | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Su estado de salud es normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 Sufre o ha sufrido enfermedades crónicas síntomas, adicciones o vicios que incidan sobre su estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Padece o ha padecido enfermedades como: enfermedades congénitas, cardíacas, vasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, pulmonares, trastornos inmunológicos, HIV-SIDA, hipertensión arterial de cualquier grado, cáncer, tumores, cirrosis, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 Le han prescrito medicamentos para consumir habitualmente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ha sido sometido o le han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o por dolencias directamente relacionadas con ella en forma causal o consecencial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 Se le ha dictaminado alguna disminución en su capacidad laboral o funcional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 7 Ejerce actividades, ocupación o profesión ilegales o fuera de los marcos de las normas legales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si padece o ha padecido alguna enfermedad de las mencionadas o diferente, o si le han prescrito medicamentos de consumo habitual o si se le ha dictaminado alguna disminución en su capacidad laboral o funcional, por favor especifique cual:

Autorizo expresamente a los médicos, Hospitales, Clínicas o instituciones de salud, para suministrar a la(s) Compañía(s) de Seguros de Vida que ampara(n) los deudores del Banco copia de los documentos y todos los datos que posea sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento; así mismo la(s) autorizo a tener acceso a dicha información. Adicionalmente para que se informe y consulte a bases de datos, aspectos que puedan ser de sus interés en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

Manifiesto que la información consignada en el presente documento es verídica y acepto por lo tanto, que éstas constituyen la base del contrato de seguro, del cual el presente documento hace parte integral.

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA: _____

No. IDENTIFICACIÓN: _____

Huella índice derecho