

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO**  
**VIDA GRUPO DEUDORES**

INGRESO  MODIFICACIÓN

<b>TOMADOR</b> <b>GIROS Y FINANZAS CF S.A.</b>	NIT <b>860.006.797-9</b>	PÓLIZA No.
---------------------------------------------------	-----------------------------	------------

Con la presente, manifiesto mi voluntad de ser incluido como asegurado en la póliza colectiva de seguro de Giros y Finanzas CF S.A., en consecuencia, de ello suministro los siguientes datos:

DATOS DEL SOLICITANTE					
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> No.		
FECHA DE NACIMIENTO DÍA   MES   AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO F   M	ESTATURA (CM)	PESO (KG)	ESTADO CIVIL
TELÉFONO FIJO		NÚMERO DE CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO	
OCUPACIÓN			VALOR ASEGURADO SOLICITADO \$		

BENEFICIARIO ONEROSO	
NOMBRE <b>GIROS Y FINANZAS CF S.A.</b>	LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO

**NOTPA:** EN EL EVENTO DE SINIESTRO, GIROS Y FINANZAS CF S.A. ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE PRIMER BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, SI LLEGARE A EXISTIR REMANENTE ESTE SERÁ ENTREGADO A LOS BENEFICIARIOS QUE SE ENCUENTRAN DESCRITOS A CONTINUACION:

BENEFICIARIOS GRATUITOS		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
¿HA SUFRIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo diligencie los siguientes campos:
¿CUÁL?	¿DESDE CUÁNDO?	ÚLTIMA CITA MÉDICA	
MOTIVO	MÉDICO/EPS	RESULTADO	

Si usted declara que padece o ha padecido cáncer o enfermedades coronarias, por favor entregar al médico examinador copia de los siguientes documentos:

ENFERMEDAD DECLARADA	DOCUMENTO ADICIONAL
Cáncer	Historia clínica e informe patológico.
Enfermedades Coronarias	Historia clínica y resultado de prueba de esfuerzo.

**( ) Padezco o he padecido las lesiones o enfermedades que a continuación marco con una X**

<b>RENALES:</b> Insuficiencia renal, cálculos, cirugías renales	<input type="checkbox"/>	<b>CARDIOVASCULARES:</b> Hipertensión. Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos, cirugía de corazón	<input type="checkbox"/>
<b>MENTALES:</b> Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, delirium tremens	<input type="checkbox"/>	<b>DIABETES</b>	<input type="checkbox"/>
<b>PULMONARES:</b> Asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva. Amigdalectomía (Operación de las amígdalas)	<input type="checkbox"/>	Septorinoplastia y turbinectomía Operación de nariz (Tabique y cornetes), Apendicetomía, colecistectomía (Operación de la Vesícula Biliar) hemorroidectomía (cirugía de hemorroides)	<input type="checkbox"/>
<b>ENFERMEDADES HEPATICAS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS</b>	<input type="checkbox"/>
Cesáreas, legrados uterinos, pomey (ligadura de trompas) Hernio grafías inguinales y umbilicales (operación de hernias abdominales), queratotomías radiales (corrección agudeza visual), miopía, astigmatismo: (defecto visual)	<input type="checkbox"/>	LIPOMAS (Tumores benignos de grasa), Vasectomía (planificación masculina), Cirugía de la vesícula por cálculos biliares, mamo plastias (Cirugía plástica de los senos), PLASTIAS (Cirugías Plásticas)	<input type="checkbox"/>
<b>PATOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	<input type="checkbox"/>

VITALIA S.A. - INGENIERIA DE SEGUROS - BOGOTÁ

1. Como asegurado garantizo que en este momento de ingreso a la póliza colectiva, me encuentro en buen estado de salud y que no padezco cáncer, cirrosis, hepatitis B, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, afecciones cardiacas, insuficiencia renal, accidentes cardiovasculares y en general ninguna enfermedad grave o crónica y **que de igual forma no tengo pérdida de capacidad laboral permanente, que no me ha sido declarada pérdida de capacidad laboral permanente en ningún porcentaje, y que no estoy tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad permanente.**
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa** mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.
3. Autorizo a GIROS Y FINANZAS C.F.S. S.A. en su calidad de beneficiario de la póliza de seguro o a quien este designe, para que en caso de fallecimiento pueda solicitar ANTE LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIERE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO, TALES COMO el resumen de la historia clínica o el formulario del Dane, ETC con el único propósito de agilizar el trámite ante la Aseguradora para el pago del seguro de vida deudor.
4. Declaro que mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento, que el presente certificado de seguro, se expide en consideración de la veracidad de estas declaraciones hechas en el momento de la solicitud del seguro: que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, esta queda viciada de nulidad (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio) y que **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa** se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de producirse el siniestro, se compruebe que estas declaraciones no son verídicas.

**ADMINISTRACIÓN DE DATOS**

Declaro que toda información que he suministrado y suministraré a **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa y/o GIROS Y FINANZAS C.F.S A.** a través de cualquier medio, es veraz, actual, completa, exacta y pertinente. **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa y/o GIROS Y FINANZAS C.F.S A. me han informado ;1) Que su Política de Privacidad se encuentran en la página <https://www.aseguradorasolidaria.com.co/politica.aspx> y pagina giros y Finanzas <https://www.girosyfinanzas.com/wps/portal/girosyfinanzas/web/Atencionconsumidor/educacion-financiera> ; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de menores y datos sensibles, en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.** Autorizo libremente y de manera expresa a **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa y/o GIROS Y FINANZAS C.F.S A.** su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo\_\_\_\_, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos para que directamente o a través de terceros lleve a cabo todas las actividades necesarias para: I) estudiar y atender la(s) solicitudes de servicios solicitados por mí en cualquier tiempo II) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, III) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitudes pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, IV) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios financieros, comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros, V) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables. Lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes. En consecuencia, para las finalidades descritas, **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa y/o GIROS Y FINANZAS C.F.S A.** podrá: A. Conocer, almacenar y procesar toda la información suministrada por mí en una o varias bases de datos, en el formato que estime más conveniente. B. Ordenar, catalogar, clasificar, dividir o separar la información suministrada por mí. C. Verificar, corroborar, comprobar, validar, investigar o comparar la información suministrada por mí, con cualquier información de que disponga legítimamente, incluyendo aquella conocida por sus matrices, subordinadas, afiliadas o cualquier compañía del Grupo\_\_\_\_Acceda, consulte, compare y evalúe toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. E. Analice, procese, evalúe, trate o compare la información suministrada por mí. A los datos resultantes de análisis, procesamientos, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgo en este documento para la información suministrada por mí. F. Estudie, analice, personalice y utilice la información suministrada por mí para el seguimiento, desarrollo y/o mejoramiento, tanto individual como general, de condiciones de servicio, administración, seguridad o atención, así como para la implementación de planes de mercadeo, campañas, beneficios especiales y promociones. **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa** podrá compartir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, o con los aliados de negocios que se sometan a las condiciones de la presente autorización los resultados de los mencionados estudios, análisis, personalizaciones y usos, así como toda la información y datos personales suministrados por mí. G. Reporte, comunique o permita el acceso a la información suministrada por mí o aquella de que disponga sobre mí. a) A las centrales de riesgo crediticio, financiero, comercial o de servicios legítimamente constituidas, o a otras entidades financieras, de acuerdo con las normas aplicables. b) A los terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, de servicios tecnológicos, logísticos, de cobranza, de seguridad o de apoyo general puedan tener acceso a la información suministrada por mí. c) A las personas naturales o jurídicas accionistas de **Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa** y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial. d) A las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación. e) A toda otra persona natural o jurídica a quien EL CLIENTE autorice expresamente. H. EL CLIENTE tendrá el deber de informar cualquier modificación, cambio o actualización necesaria y será responsable de las consecuencias de no haber advertido oportuna e integralmente sobre cualquier modificación, cambio o actualización necesaria. EL CLIENTE declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones.

**Manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad la presente solicitud y las condiciones particulares del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes.**

Se firma el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

C.C. No.

Huella índice derecho

**Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa se reserva los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar cualquier solicitud que no está de acuerdo con sus normas de selección, o aceptarla en condiciones más onerosas.**

**NOTA 1:** GIROS Y FINANZAS, toma la póliza por cuenta de los deudores y solo será válida si el crédito es aprobado y desembolsado, lo cual no impide que el (los) deudor(es) pueda(n) contratar la cobertura con otra aseguradora, la cual será aceptada por GIROS Y FINANZAS, si contiene entre otros, los mismos términos, condiciones y cubrimientos de la póliza aquí mencionada,

**NOTA 2:** Los términos y condiciones aplicables a este seguro están determinados por la Compañía de Seguros respectiva y se encuentran contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza. El cumplimiento del contrato de seguro es responsabilidad directa de la aseguradora.

**NOTA 3:** Giros y Finanzas CF S.A. no es Compañía de Seguros ni Corredor de Seguros.