



En el evento de siniestro, autorizo a Banco Pichincha S.A. a descontar del pago de la indemnización el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro, el excedente, si lo hubiere, solicito le sea entregado a los beneficiarios que se encuentran descritos a continuación en sus respectivos porcentajes.

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE CÉDULA	PARENTESCO	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS Y/O FUNCIONARIOS DEL BANCO.

MARQUE X

Yo, _____ identificado con cédula de Ciudadanía No. _____

Declaro que:

() En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

() Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Linfadenitis | <input type="checkbox"/> Varices en miembros inferiores |
| <input type="checkbox"/> Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Duodenitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática (sin complicaciones) |
| <input type="checkbox"/> Colitis no autoinmunes | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal | <input type="checkbox"/> Esofagitis | <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia Inguinal | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Triglicéridos elevados | Cúal? _____ |

Ingiere usted: De 6 a 20 tragos por semana Más de 20 tragos por semana Ingiere usted: De 6 a 20 cigarrillos por semana Más de 20 cigarrillos por semana

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS)

MARQUE X

Yo, _____ identificado con cédula de Ciudadanía No. _____

El abajo firmante, declaro que:

() En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

() Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Triglicéridos Alto | Cúal? _____ |

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgara en consideración a la veracidad de las declaraciones contenidas en esta solicitud y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro quedará viado de nulidad en los términos del Artículo 1058 del código de comercio.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento en el marco del seguro, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y contratos con las Compañías; (ii) Transmisión de mis datos a terceros para el cumplimiento del contrato de seguro; (iii) Control y prevención del fraude; (iii) Consultar y usar la información de bases de datos públicas o privadas, legalmente autorizadas; (iv) Con fines de verificación del riesgo crediticio, solicite, procese, verifique y consulte, a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA-CREDITO y CIFIN; (v) Fines estadísticos, de consulta, y técnico-actuariales; (vi) Trasferir o transmitir información a terceros con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos.

Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que he dado a mis obligaciones y a mi información comercial disponible, sin perjuicio de lo estipulado por el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento.

Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

Declaro que acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de Vida Grupo a que accede esta solicitud.

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

_____ del año _____ en la ciudad de _____.

LOS SIGUIENTES TEXTOS SON INDEPENDIENTES ENTRE SÍ. CON CADA REGISTRO USTED OTORGA O NO, UNA AUTORIZACIÓN EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES:

SI NO 1. Autorizo a las Compañías para que con mis datos efectúe la promoción de programas de beneficios, realice la oferta de productos o servicios de las Compañías, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto (SMS), correo electrónico, , entre otros, y/o comparta mis datos con terceros vinculados o con los que tengan o llegare a tener algún tipo de relación comercial

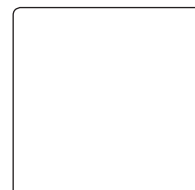
SI NO 2. Autorizo a las Compañías para que comparta mis datos con terceros que efectúen o apoyen su gestión de cobranza.

SI NO 3. Autorizo a las Compañías para que permitan el tratamiento de mis datos personales a sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma del Cliente



Nombre

C.C. No.