



SOLICITUD CERTIFICADO DE VIDA GRUPO FAMILIA PROTEGIDA APLICA PARA VALORES SUPERIOR A \$12,000,001 Y EDAD MÁXIMA DE INGRESO DE 73 AÑOS Y 364 DÍAS



SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO LO DESEA TOMAR:								
FECHA DE SOLICITUD			INICIO DE VIGENCIA					
			Fecha Inicial			Fecha Final		
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
2022	03	10	2022	03	10	2024	03	10

TOMADOR	Poliza N°	Numero seguro	1825973
RAFAEL ISIDRO BERMUDEZ DAZA	Identificación: 77011759	COD. AGENCIA	450
		NOMBRE AGENCIA	VALLEDUPAR

DATOS DEL SOLICITANTE		Fecha de Nacimiento		Edad		Sexo		
Nombres y Apellidos		AÑO		MES		DÍA		
RAFAEL ISIDRO BERMUDEZ DAZA		1980		05		15		
No de Identificación		61		F		M X		
77011759								
Actividad / Ocupación u Oficio que Desempeña (Detalle)		Dirección de la Residencia		Ciudad		Departamento		
ALQUILAMIENTO EN APARTA-HOTELES		CL 44A NRO 5A2-39		VALLEDUPAR		CESAR		
No de Celular		Correo Electrónico		Telefono				
3235359920		SIN CORREO						

NOMBRES Y APELLIDOS	NO IDENTIFICACION	PARENTESCO	PORCENTAJE
BIANY BERMUDEZ OVALLE	1065601807	Hijo (a)	100,00 %

DESCRIPCIÓN	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR
VIDA (Amparo Básico de Muerte) - Edad Máxima de Ingreso : 73 Años y 364 días permanencia - Indefinida	\$ 4.000.000	X	\$ 6.000.000	X	\$ 10.000.000	X	\$ 12.000.000	X
Incapacidad Total Y Permanente - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días de permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4.000.000	X	\$ 6.000.000	X	\$ 10.000.000	X	\$ 12.000.000	X
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días Permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4.000.000	X	\$ 6.000.000	X	\$ 10.000.000	X	\$ 12.000.000	X
Renta Diaria por Hospitalización- Cobertura de 30 días con deducible de (1) día Edades Máxima de Ingreso 64 años y 364 días Edad de Permanencia - 65 años y 364 días	\$ 25.000	X	\$ 35.000	X	\$ 50.000	X	\$ 60.000	X

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA VALORES SUPERIORES A 12,000,0001 CON COMULO HASTA \$24,000,000 EN UNA O VARIAS POLIZAS		SI	NO
1. Según su leal saber y entender tiene o ha tenido padecimientos de índole cardiovascular (como ataques cardíacos, enfermedades de las arterias coronarias o de las válvulas del corazón, insuficiencia, falla cardíaca, infarto del miocardio u otros), o de índole neurológica (como hemorragias, trombosis, aneurismas), o ha padecido o padece enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, leucemia, asma, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, cálculos, enfermedades de la sangre o los ganglios linfáticos, o padecimientos relacionados con el Sida, o enfermedades mentales (como psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia). Indique en observaciones la sección o enfermedad, fecha de diagnóstico y tratamiento.		X	
2. Tiene algún defecto o limitación física o mental que incida en su estado de salud? Indique cuál.			X
3. Le han indicado la necesidad de alguna cirugía o tratamiento que no se ha realizado aún? Indique cuál.			X
4. Practice algún deporte de los considerados de alto riesgo, como paracaidismo, motociclismo, carrera de karts, alas delta, parapente? Indique cuáles y periodicidad.			X
5. Solo para mujeres ¿Se encuentra en estado de embarazo o sufre algún trastorno ginecológico (tumores, enfermedades de los senos, ovarios, útero)?			X

El cliente tendrá cobertura para los amparos de este seguro siempre y cuando cumpla con las edades de ingreso y permanencia aquí enunciadas para cada amparo

Autorización de consulta y reporte a centrales de información: Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑIA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen convenientes, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

Autorización Habeas Data: Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A. NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. NIT. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, o derivada del contrato de seguros que se celebre, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de: 1) Mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) Para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) Para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado; 4) Para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A. y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi intermediario(s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro; 3) a los aseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior; 4) A FASECOLDA E INVERFAS; 5) Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑIA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S con NIT 860.508.462-1, domiciliada en la calle 72 #10-07-piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros, con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencióncliente@libertycolombia.com.co o al teléfono 3077050 de Bogotá; 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento; 3) Que la información que suministró sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales; 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles. Declaro que se me informó que cualquier patología, afección o condición médica preexistente diagnosticada o manifiesta con anterioridad a la entrada en vigencia de esta póliza o a la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedarán excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedarán además excluidas todas aquellas crónicas, quedarán excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora.

Autorización de Historia Clínica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A. a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.

Autorización de renovación del contrato (Mediante este documento solicito, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A. a renovarlo de manera automática por periodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que Liberty, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a Treinta (30) días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

Clausula de declaración de conocimiento de las condiciones que aplicarán al contrato de seguro que se solicita. Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, Forma 20-12-2013-1333-P-34-VGV-08, que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.

Declaro que conozco y acepto: que la firma y entrega de la presente solicitud certificado de seguro a LIBERTY SEGUROS S.A., no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que LIBERTY SEGUROS S.A., haga del mismo de manera expresa.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Autorización: Autorizo expresamente a Liberty, en el caso de afectarse el amparo de Renta Diaria por Hospitalización y de existir deuda con el Banco Mundo Mujer, el valor indemnizado sea pagado al Banco como abono o pago total de la deuda.

Clausula de revocación por inclusión en listas restrictivas: Solicito desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud certificado, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando, en caso de ser incluido en las listas restrictivas OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de LIBERTY SEGUROS S.A.

Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., descontar de la cuenta de ahorros No 46000011404118001 el valor correspondiente al pago de la prima por la compra del seguro de vida.

POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

"EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS". (ARTÍCULO 1152 CÓDIGO DE COMERCIO)

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento en la Ciudad de VALLEDUPAR a los 10 días del mes de Marzo de 2022

LIBERTY SEGUROS S.A.
Firma Autorizada

Rafael Isidro Bermudez Daza
FIRMA DEL ASEGURADO
C.C No. 77011759

VIGILADO