



FONSAUDH
FONDO DE EMPLEADOS
DE LA SALUD DEL HUILA
NIT.800.131.939-4

Fecha: _____

DECLARACION DEL TOMADOR SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

Certifico que FONSAUDH me explico coberturas y exclusión del contrato y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en seguro de vida grupo deudores del crédito solicitado.

En este momento de ingreso a la póliza declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que padezco o/y me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebro vascular, cardiovascular, diabetes, sida, cáncer, y en general, enfermedad terminal preexistente al inicio de este seguro.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado la solicitud para asegurado grupo deudores firmo el presente documento.

Firma _____

Nombres y apellidos _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a FONSAUDH para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA DEUDORES y Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a FONSAUDH a entregar o compartir mi información con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a la aseguradora vigente a la solicitud y otorgamiento del crédito para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos

Firma _____

Nombres y apellidos _____

Huella