

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Autorizo expresamente a COLSUBSIDIO a adquirir con las compañías de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, pólizas de seguro de vida grupo deudores, desempleo, incendio, terremoto y póliza contra todo riesgo, que amparen los créditos que COLSUBSIDIO me otorgue, de acuerdo a las condiciones vigentes de la póliza contratada. Autorizo irrevocablemente a COLSUBSIDIO para cargar el valor de la prima de seguro, correspondiente al crédito de forma mensual dentro del pago mínimo facturado y/o la cuota mensual del crédito. Para efectos de la inclusión en el Seguro de Vida Grupo Deudores y Desempleo cuyo beneficiario oneroso es COLSUBSIDIO, declaro que mi estado de salud es normal, que no padezco, ni he padecido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrames cerebrales, cáncer, leucemia, trastornos inmunológicos, enfermedades del sistema respiratorio o padecimientos relacionados con SIDA; que en la actualidad no tengo pérdidas funcionales anatómicas ni he padecido accidentes que me impidan desempeñar labores propias de mi profesión; que mi ocupación está permitida por la ley, que no me dedico a actividades ilícitas y no ejerzo actividades de alto riesgo. Me someto al artículo 1158 del Código de Comercio. La Compañía de Seguros, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después del fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde al verdadero estado de salud u ocupación en el momento de aceptarse el Seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio). En cumplimiento de las previsiones de la Ley 23 de 1981, de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular aún después de mi fallecimiento a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital o cualquier persona, que me haya atendido, para que suministre a la Compañía de Seguros, copia de la historia clínica

o toda la información que ella considera necesaria, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. Así mismo faculto expresamente a la Compañía de Seguros, para consultar las bases de datos de Seguros de Personas relativas a riesgos e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias, reclamaciones objeciones y las demás que permitan un conocimiento adecuado. Nota: Declaro que he leído y recibido las condiciones particulares del Seguro de Desempleo y acepto las condiciones de los seguros de vida, incendio y terremoto.