

FORMATO PÓLIZA VIDA GRUPO

Ciudad y Fecha: _____

Señores:

BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

Ciudad

Cordial saludo;

Comedidamente me permito solicitar la inclusión en la **PÓLIZA VIDA GRUPO** que poseen en convenio con **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, y autorizo para registrar en mi Estado de Cuenta el valor total de este contrato con las siguientes características:

DATOS DEL ASOCIADO			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:*		NOMBRES:*	
Tipo: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> N° _____		APELLIDOS:*	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:*		BARRIO:*	
MUNICIPIO:*		DEPARTAMENTO:*	
TELÉFONO:*	CELULAR:*	CORREO ELECTRÓNICO:*	

PLANES DE PÓLIZA VIDA GRUPO			
Nº	AMPAROS	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
1	Muerte Por Cualquier Causa	\$25.000.000	\$50.000.000
2	Incapacidad total y Permanente	\$25.000.000	\$50.000.000
3	Indemnización Adicional Por Muerte Accidental	\$25.000.000	\$50.000.000
4	Enfermedades graves	\$25.000.000	\$50.000.000
5	Renta Diaria Por Hospitalización (Diario x 45 días)	\$25.000	\$50.000
6	Unidad de cuidados intensivos diario x 30 días	\$50.000	\$100.000
7	Tratamiento médico y cirugía ambulatoria	\$25.000	\$50.000
8	Parto Normal o Por Cesárea Ambulatoria	\$25.000	\$50.000
9	Post Hospitalario x 10 días	\$25.000	\$50.000
10	Auxilio Canasta por Fallecimiento (pago único)	\$250.000	\$500.000
11	Auxilio Canasta por ITP (Pago único)	\$250.000	\$500.000
PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO		\$15.235	\$30.560

* *Información obligatoria para expedición de póliza*

Tipo de opción solicitada: Opción 1: Opción 2:

Anexo envía: Desprendible de nómina

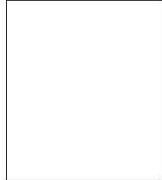
Fotocopia de cédula asociado:

Forma de pago:*

Nómina Débito Código de barras Web Services PSE Fecha de pago _____

- El titular deberá realizar el pago por los medios antes mencionados. En caso de no presentarse el descuento de nómina, autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para debitar de mi cuenta de _____ del banco _____ No. _____ los valores que adeude por conceptos de primas de la citada póliza.
- BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA podrá dar por terminado el contrato de manera unilateral, o por cualquiera de los siguientes casos: pérdida de la calidad de Asociado, retiro de la empresa sin comunicación escrita para continuar con la PÓLIZA VIDA GRUPO y por mora en el pago.
- Las novedades por cancelación o cambio de plan quedarán a partir del primer día del mismo mes, siempre y cuando se reporte la solicitud antes del día 15 a Beneficiar Entidad Cooperativa, de lo contrario la novedad se reportará a partir del primer día del siguiente mes.

Firma del Asociado
C.C. _____



PAGARÉ A LA ORDEN

ACREEDOR : BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

DEUDOR(ES) : _____

El (los) suscriptor(es) del presente pagaré, identificado(s) como quedó arriba consignado, domiciliado(s) en _____ actuando en mi (nuestro) propio nombre(s) o en nombre y representación de _____, pagaré(mos) de manera solidaria, incondicional e indivisible a favor de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o a su orden, o quien sus derechos represente, la suma total de _____ **PESOS** **MONEDA** **CORRIENTE**
(\$ _____), el día _____ del mes de _____ de _____.

Esta suma se discrimina así:

- | | |
|-----------------------|----------|
| a) Capital | \$ _____ |
| b) Intereses de plazo | \$ _____ |
| c) Intereses de mora | \$ _____ |
| d) Primas de seguros | \$ _____ |
| e) Comisiones | \$ _____ |

A partir del vencimiento pagare (mos) sobre los valores indicados en los literales a), d) y e) intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de que igualmente se paguen sobre los conceptos indicados en los literales b) y c), en los términos del artículo 886 del Código de Comercio, para lo cual la firma de este documento se entenderá como acuerdo posterior al vencimiento.

Todos los gastos, honorarios e impuestos ocasionados por la suscripción, cobro extrajudicial o judicial de este título valor, correrán por cuenta exclusiva de su(s) otorgante(s).

Autorizo (amos) a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, para descontar de cualquier suma que sea(mos) titular(es) por concepto de aportes sociales, certificados de depósito de ahorro a término (CDAT), ahorros, y en general de cualquier derecho económico de que sea(mos) titular(es), el importe de cualquiera de las obligaciones contenidas en el presente pagaré, sean estas a cargo de uno, o todos los suscriptores del presente pagaré.

En constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____.

"Por expresa instrucción de la Superintendencia de Industria y Comercio, se le hace conocer a la parte deudora en el presente contrato que durante el periodo de financiación la tasa de interés variable o fija, remuneratoria o moratoria no podrá ser superior a la tasa máxima legal permitida. Si la tasa pactada supera el límite legal deberá ser ajustada al mismo."

“De acuerdo con lo establecido en el artículo 884 del Código de Comercio, cuando se cobren intereses que sobrepasen los límites fijados en la ley, el acreedor perderá todos los intereses, bien sean los remuneratorios, los moratorios o ambos según se trate. En tales casos, el consumidor podrá solicitar la inmediata devolución de las sumas que haya cancelado por concepto de los respectivos intereses. (Subrayado extratextual)

“Se advierte que se entiende por interés, la renta que se paga por el uso del capital durante un periodo determinado, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 717 del Código Civil. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 68 de la Ley 45 de 1990, se reputarán también como intereses las sumas que el acreedor reciba del deudor sin contraprestación distinta al crédito otorgado, aun cuando las mismas se justifiquen por concepto de honorarios, comisiones u otros semejantes. También se incluirán dentro de los intereses las sumas que el deudor pague por concepto de servicios vinculados directamente con el crédito, papelería, cuotas de afiliación etc.”

Firma del Solicitante	
C.C. _____	
Dirección: _____	
Teléfono: _____	

Firma Deudor Solidario	
C.C. _____	
Dirección: _____	
Teléfono: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ A LA ORDEN

Ciudad y Fecha

Señores

BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

Ciudad

Referencia: Carta de Instrucciones

Pagaré No.

Yo (nosotros), identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestra) firma, actuando en mi(nuestro) propio(s) nombre, o en nombre y representación de _____, en los términos del artículo 622 del Código de Comercio, autorizo(amos) a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o quien sus derechos represente, para diligenciar los espacios en blanco dejados en el pagaré indicado en la referencia, de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, podrá diligenciar los espacios en blanco en cualquiera de los siguientes eventos:

a) El no pago oportuno de cualquier suma de dinero, que conjunta, o separadamente debiere (mos) a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, por concepto de capital, intereses corrientes y de mora, primas de seguros, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza judicial o extrajudicial, o cualquier otro derivado de cualquiera y/o todas de las siguientes operaciones activas de crédito: 1) apertura de crédito mediante otorgamiento de cupos rotativos de crédito. 2) Utilizaciones realizadas con tarjetas de afinidad otorgadas en desarrollo de operaciones de crédito aprobadas, o cualquier otra que se expida con ocasión de los servicios prestados por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. 3) Primas de seguros en atención a los servicios complementarios que presta **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, y en general de cualquier otro servicio otorgado.

BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, podrá hacer uso de esta facultad, aun cuando el incumplimiento se refiera a una sola de las obligaciones, por cuanto ello implicará la exigibilidad anticipada de las demás.

- b) La admisión y/o declaratoria de alguno de los suscriptores de esta carta, en cualquier proceso o trámite de índole concursal o liquidatario.
- c) La insolvencia de cualquiera de los suscriptores de esta carta, o la verificación de cualquier hecho, que coloque a alguno de estos en circunstancias que los dificulten o imposibiliten para cumplir sus obligaciones para con **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**.
- d) Disolución, liquidación, muerte o interdicción de cualquiera de los suscriptores de esta carta.
- e) Si los bienes de cualquiera de los suscriptores de esta carta son embargados o perseguidos en ejercicio de cualquier acción, o se demeritan o deprecian, de modo que dejan de ser suficiente garantía para **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**.
- f) Si cualquiera de los suscriptores de esta carta, comete inexactitudes, reticencia, imprecisiones o fraudes en balances, certificaciones, informes o declaraciones que suministre o entregue a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**.

2. **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, diligenciará el espacio correspondiente a la fecha de vencimiento del presente pagaré, estableciendo aquella en la que se llenen sus espacios en blanco.
3. **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, diligenciará el espacio correspondiente al valor del pagaré con el que resulte de la suma de todas las obligaciones a cargo de cualquiera y/o todos los suscriptores de esta carta, al momento de diligenciar los espacios en blanco, se encuentren vencidas o no, por concepto de capital, intereses corrientes y de mora, primas de seguros, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza judicial o extrajudicial, o cualquier otro derivados de cualquiera y/o todas de las siguientes operaciones activas de crédito:1) apertura de crédito mediante otorgamiento de cupos rotativos de crédito. 2) Utilizaciones realizadas con tarjetas de afinidad otorgadas en desarrollo de operaciones de crédito aprobadas, o cualquier otra que se expida con ocasión de los servicios prestados por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. 3) Primas de seguros en atención a los servicios complementarios que presta **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, y en general de cualquier otro servicio otorgado.
4. Las obligaciones a mi (nuestro) cargo se establecerán por los libros, registros y comprobantes de contabilidad de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, los cuales acepto (amos) en todo lo concerniente a dichas obligaciones.
5. Declaro (amos), que copia de esta carta de instrucciones ha quedado en mi (nuestro) poder.

Firma del Solicitante
C.C. _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Firma Deudor Solidario
C.C. _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO



Siempre junto a ti!

ASEGURADO PRINCIPAL

ASEGURADO EXTENSIVO

DATOS DEL TOMADOR											
NIT No. 860 518 350 - 8			RAZÓN SOCIAL: BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA								
DIRECCIÓN: CARRERA 7 No. 34-22. OFICINAS 401 - 402			TELÉFONO: 7490001		CIUDAD / MUNICIPIO: Bogotá D.C		DEPARTAMENTO: Cundinamarca				
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO											
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: No.					LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA DE EXPEDICIÓN:	DÍA	MES	AÑO	
PRIMER APELLIDO:			SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:			SEGUNDO NOMBRE:			
DIRECCIÓN DOMICILIO:			TELÉFONO/FAX:		CIUDAD / MUNICIPIO:			DEPARTAMENTO:			
CORREO ELECTRÓNICO:			TELÉFONO CELULAR:		OTRO TELÉFONO / FAX:			NACIONALIDAD:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			DÍA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE				
PESO KG	ESTATURA MTS	DIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>		DEPORTES QUE PRACTICA:					
OCCUPACIÓN DETALLADA:					VALOR ASEGURADO \$			INGRESOS MENSUALES \$			
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO											
1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?											
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
Enfermedades del sistema autoinmune (Lupus, S. Sjogren, Psoriasis, etc)		<input type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema Respiratorio (Asma, Epec, Oxigenodependencia, Etc)		<input type="checkbox"/> Enfermedades Del Hígado (Cirrosis, Hepatitis B, C, D; Etc)		<input type="checkbox"/> Trastornos de Discos Vertebralia		<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea		<input type="checkbox"/>	
VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus		<input type="checkbox"/> HTA		<input type="checkbox"/> Enfermedades de los órganos de los sentidos		<input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas		<input type="checkbox"/>	
Cancer		<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón		<input type="checkbox"/> Enfermedades Mentales		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o condición relacionada con su salud e integridad física diferente a las del numeral anterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
¿Cuál? _____											
3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar:											
ENFERMEDAD			FECHA DE DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO					
5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO											
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.				
1.											
2.											
3.											
4.											

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

Consideración:

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamiento@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quién la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiendo la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. vi) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente deseé cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034105 opción 4 de información general.

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimes. SI NO
- He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI NO
- Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
- Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Así mismo declaro que el presente documento es diligenciado de manera personal o es diligenciado bajo mi consentimiento

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y se firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

Firma del Solicitante _____

Nombre del Solicitante _____

No. Cédula: _____



Firma Funcionario (Suscripción): _____

- Aprobado
 Aplazado
 Rechazado
 Extraprime por Salud

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Observaciones: _____