

### INFORMACIÓN GENERAL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>			SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA NACIMIENTO AÑO   MES   DÍA		ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN				CORREO ELECTRÓNICO			
AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			AUTORIZO EL ENVÍO INFORMACIÓN (INCLUIDA MI PÓLIZA DE SEGURO) A TRAVÉS DE MI CORREO ELECTRÓNICO Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			CIUDAD	
DEPARTAMENTO		TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		NÚMERO CELULAR	

### SOLICITUD DE INCLUSIÓN INDIVIDUAL PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



El seguro de vida deudor es exigido durante toda la vigencia del crédito, pero la elección de la(s) aseguradora(s) es de total libertad del deudor, pudiendo en cualquier momento realizar el endoso durante la vigencia del crédito.

#### OBJETO DEL SEGURO

Otorgar una protección en caso de muerte e incapacidad total y permanente para deudores del Banco Colpatría menores de 75 años, que consiste en el pago del valor insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro.

AMPAROS	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	VALOR DE PRIMA MENSUAL
Muerte e incapacidad total y permanente	Saldo insoluto de la deuda al momento de ocurrencia del siniestro	Corresponde a un porcentaje aplicado sobre el saldo de deuda al momento del corte de facturación. (Mayor información <a href="https://www.colpatria.com/Personas/seguros/seguros-licitatorios/seguro-de-vida-deudor">https://www.colpatria.com/Personas/seguros/seguros-licitatorios/seguro-de-vida-deudor</a> )

Tomador: Banco Colpatría Multibanca Colpatría S.A.

Vigencia: Desde: A partir de la fecha y hora del desembolso, Hasta: La cancelación de la obligación (renovable mensualmente), salvo presentación de endoso de póliza que cumpla requisitos exigidos por el Banco.

#### Declaración de Asegurabilidad

\* Padece o ha padecido alguna enfermedad Si\_\_ No\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

\* Toma actualmente algún medicamento Si\_\_ No\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

\* Nombre del último médico consultado Fecha: AÑO | MES | DÍA Diagnóstico: \_\_\_\_\_

- Declaro que mi estado de salud es Normal: No padezco, ni he padecido enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardio vascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, hemolinfático, sentidos, piel y anexos. Sida y demás adicciones o afectaciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido o tengo pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgicas en la actualidad, de enfermedades en los sistemas anteriormente enunciados. No padezco lesiones o secuelas de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados.
- Declaro que tanto mis actividades como profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico aficiones que afecten mi integridad.
- Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a Axa Colpatría S.A., mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y obtener copia de este documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.
- Para atender cualquier solicitud, formular quejas o peticiones por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente en Bogotá 7561616, a nivel nacional 01 8000 522222 y demás consultando en la página [www.colpatria.com](http://www.colpatria.com).

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

### SOLICITUD PÓLIZA DE SEGURO TODO RIESGO



#### OBJETO DEL SEGURO

El seguro todo riesgo sobre el vehículo dado en garantía es exigido durante el desembolso del crédito, pero la elección de la(s) aseguradora(s) es de total libertad del deudor, pudiendo en cualquier momento realizar el endoso durante la vigencia del crédito.

AMPAROS	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	VALOR DE PRIMA MENSUAL
Responsabilidad Civil Extracontractual por: <ul style="list-style-type: none"> <li>Daños a bienes de terceros, muerte o lesiones a una persona, muerte o lesiones a dos o más personas</li> <li>Pérdidas Totales o parciales por Daños y Hurto</li> </ul>	Debe corresponder al valor comercial del vehículo - Vehículos Nuevos según factura y Vehículos Usados según valor Fasecolda	El valor de la prima del seguro se calculará teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: valor del vehículo, ciudad de circulación, marca y modelo del vehículo y edad del cliente

**Exclusiones:** las otorgadas por la compañía de seguros en su clausulado general, se puede consultar en [www.colpatria.com](http://www.colpatria.com)

**Asegurado:** corresponderá a la persona natural o jurídica que figure como propietario en tarjeta de propiedad.

**Vigencia:** Desde: A partir de la fecha y hora del desembolso, Hasta: La cancelación de la obligación (renovable mensualmente).

Solicito ser incluido dentro de la póliza para clientes deudores contratada con MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. para asegurar mi vehículo dado en prenda. El valor de la prima se cancelará mensualmente junto con la cuota del crédito sin costo de financiación y la póliza tendrá vigencia anual con renovación automática cada año hasta la culminación del crédito. Por tal razón, una vez termine de pagar la totalidad del crédito de vehículo con el Banco Colpatría, esta póliza no tendrá más cobertura y la responsabilidad de mantener el vehículo asegurado, estará a cargo del propietario.

Para resolver sus dudas, atender cualquier solicitud, formular quejas, petición o conocer el procedimiento, plazos y documentación en caso de siniestro, por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente en Bogotá 3077024 opc 1, Celular #624 o a nivel nacional 01 8000 519991

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

No. DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

No. DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

### SOLICITUD SEGURO DE DESEMPLEO VOLUNTARIO

El seguro de desempleo es adquirido de manera voluntaria y el otorgamiento del producto bancario solicitado no está condicionado a la adquisición del seguro aceptado libremente con la presente solicitud.



#### OBJETO DEL SEGURO

El seguro otorga una protección en caso de desempleo o incapacidad total temporal para deudores del Banco Colpatría menores de 65 años, que consiste en el pago de un valor fijo durante seis (6) meses consecutivos correspondiente al último valor de cuota mensual facturada del crédito a la fecha de desempleo o de incapacidad total temporal (coberturas excluyentes entre sí). Esta póliza no cubre contratos verbales, en misión o tiempo de obra, nombramiento provisional, o contratos a término fijo inferior a seis (6) meses. Para esta póliza no aplica el amparo adicional de Muerte Accidental y no cubre intereses de mora.

**Desempleo:** Garantiza el pago de seis (6) cuotas mensuales del crédito asegurado una vez el deudor se encuentre en situación de desempleo generado por la terminación unilateral del contrato de trabajo sin justa causa. La cobertura se ofrece a trabajadores con vínculo laboral escrito a término indefinido, no menor a tres (3) meses o a término fijo, no menor a seis (6) meses siempre y cuando hayan tenido por lo menos una renovación consecutiva.

**Incapacidad Total Temporal:** Garantiza el pago de seis (6) cuotas mensuales del crédito asegurado una vez el deudor es declarado en estado de Incapacidad Total Temporal por Enfermedad o Accidente, aplica únicamente para trabajadores independientes que estén cotizando al sistema general de salud como mínimo tres (3) meses o clientes con contrato por prestación de servicios o con cooperativas de trabajo asociado.

**NOTA:** Axa Colpatría Seguros S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero.

Para resolver sus dudas, atender cualquier solicitud, formular quejas, petición o conocer el procedimiento, plazos y documentación en caso de siniestro, por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente en Bogotá 4235757 o a nivel nacional 018000512620 (Opción 2, 1, 6, 2)

AMPAROS	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	VALOR DE PRIMA MENSUAL
Desempleo o incapacidad total temporal	Último valor de cuota mensual facturada del crédito a la fecha de siniestro (6 meses consecutivos)	El valor de la prima del seguro corresponde al 6% del valor de la cuota mensual del crédito + IVA
<b>BENEFICIARIO DEL SEGURO</b>		
BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA POR EL 100%		
FIRMA DEL CLIENTE _____	FIRMA DEL CLIENTE _____	
NOMBRE DEL CLIENTE _____	NOMBRE DEL CLIENTE _____	
No. DE IDENTIFICACIÓN _____	No. DE IDENTIFICACIÓN _____	
<b>ANEXO DE ADMINISTRACION DE DATOS - AXA COLPATRIA</b>		
<p>Declaro que toda información que he suministrado y suministraré a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. a través de cualquier medio, es veraz, actual, completa, exacta y pertinente. Autorizo libremente y de manera expresa a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos para que directamente o a través de terceros lleve a cabo todas las actividades necesarias para: i) estudiar y atender la(s) solicitudes de servicios solicitados por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitudes pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios financieros, comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros, v) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables. Lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes. En consecuencia, para las finalidades descritas, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. podrá: A Conocer, almacenar y procesar toda la información suministrada por mí en una o varias bases de datos, en el formato que estime más conveniente. B. Ordenar, catalogar, clasificar, dividir o separar la información suministrada por mí. C. Verificar, corroborar, comprobar, validar, investigar o comparar la información suministrada por mí, con cualquier información de que disponga legítimamente, incluyendo aquella conocida por sus matrices, subordinadas, afiliadas o cualquier compañía del Grupo AXA. D. Acceda, consulte, compare y evalúe toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. E. Analice, procese, evalúe, trate o compare la información suministrada por mí. A los datos resultantes de análisis, procesamientos, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgo en este documento para la información suministrada por mí. F. Estudie, analice, personalice y utilice la información suministrada por mí para el seguimiento, desarrollo y/o mejoramiento, tanto individual como general, de condiciones de servicio, administración, seguridad o atención, así como para la implementación de planes de mercadeo, campañas, beneficios especiales y promociones. AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. podrá compartir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, o con los aliados de negocios que se sometan a las condiciones de la presente autorización los resultados de los mencionados estudios, análisis, personalizaciones y usos, así como toda la información y datos personales suministrados por mí. G. Reporte, comunique o permita el acceso a la información suministrada por mí o aquella de que disponga sobre mí. a. A las centrales de riesgo crediticio, financiero, comercial o de servicios legítimamente constituidas, o a otras entidades financieras, de acuerdo con las normas aplicables. b. A los terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, de servicios tecnológicos, logísticos, de cobranza, de seguridad o de apoyo general puedan tener acceso a la información suministrada por mí. c. A las personas naturales o jurídicas accionistas de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial. d. A las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación. e. A toda otra persona natural o jurídica a quien EL CLIENTE autorice expresamente. H. EL CLIENTE tendrá el deber de informar cualquier modificación, cambio o actualización necesaria y será responsable de las consecuencias de no haber advertido oportuna e integralmente sobre cualquier modificación, cambio o actualización necesaria. EL CLIENTE declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones.</p>		
<b>DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES- MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A</b>		
<p>Definiciones. Compañía significa la sociedad CREDIMAFRE S.A.S Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, este controlada por o este bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., MAPFRE SEGUROS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A. Compañía Tratantes significan la Compañía, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biomédicos. Terceras Compañías significan las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento , incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como encargadas de mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes ; (iii) Cualquier sociedad con la que la Compañía o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la presentación de sus servicios o el ofrecimiento , venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, asustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; y (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 y 2008.</p> <p>Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a la Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a mis Datos Personales, (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre mis Datos Personales sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. @ Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de la Compañía y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los Contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuando con todas las autorizaciones para entregar a las Compañías Tratantes los datos personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.</p> <p>Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa , explícita e informada a la Compañía y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades; (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero , deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primer y riesgos, y ejecutar los mismo (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre la Compañía con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavados, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) determinar y liquidar pagos de créditos; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismo, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceros Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtenga, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y a proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FACCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de Tratados internacionales.</p> <p>Otorgo mi autorización expresa e informada a la Compañía y a las Compañías del Grupo para que mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán ser ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.</p> <p>Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.</p>		

**INFORMACIÓN APLICABLE A TODOS LOS SEGUROS Y AUTORIZACIONES**

Las siguientes condiciones aplican a todos los seguros solicitados en este formato:

1. La información suministrada en este documento es completa y verídica, por lo tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ella, producirá la nulidad relativa del seguro y demás consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.
2. Conozco que la vigencia de esta póliza será mensual, renovable por un periodo igual previo pago de la prima, salvo por endoso de póliza de vida o seguro todo riesgo expedida por otra aseguradora.
3. Conozco que la prima del seguro debe ser pagada con la misma periodicidad establecida en la obligación y autorizo a que sea cargada en la factura mensual del crédito asegurado.
4. En caso que no se realice el cobro de la prima de su póliza en un mes, este saldo pendiente será cargado en el próximo extracto junto con los cobros correspondientes al mes vigente.
5. Declaro en mi calidad de asegurado que he designado al Banco Colpatría Multibanca Colpatría S.A. como beneficiario Oneroso.
6. Para conocer el procedimiento de reclamación por siniestro, plazos, y documentación requerida por favor ingresar a <https://www.colpatría.com/Personas/seguros>.
7. La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro individual, conforme a los artículos 1068 y 1152 del código de comercio.
8. Las tasas de los seguros de vida y todo riesgo podrán sufrir variación en razón del cambio de condiciones de la póliza colectiva objeto de licitación que debe realizarse periódicamente de acuerdo a Decreto 673 de 2014.
9. Libertad de Contratación (Aplica exclusivamente para los seguros de vida grupo deudor y todo riesgo automóviles): El deudor podrá elegir con qué Compañía de Seguros contratará la póliza de seguro, en caso de tomar la póliza con otra aseguradora, podrá consultar el procedimiento y requisitos de endoso en la página <https://www.colpatría.com/Personas/seguros/seguros-licitatorios/seguro-para-automoviles> o <https://www.colpatría.com/Personas/seguros/seguros-licitatorios/seguro-de-vida-deudor>

HUELLA DACTILAR

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN BENEFICIO DE TASA EN CRÉDITO CON PÓLIZA COLECTIVA TODO RIESGO VEHICULO Y/O SEGURO DE DESEMPLEO**

Manifiesto (mos) que conozco (emos) que la tasa comunicada en la carta de aprobación del crédito de vehículo incluye el descuento otorgado por tomar la Póliza Colectiva Todo Riesgo Vehículo y/o Seguro de Desempleo con el Banco Colpatría Multibanca Colpatría S.A.

Así mismo, manifiesto (mos) que he (hemos) sido informado(s) que la tasa comunicada en la carta de aprobación del crédito de vehículo aplicará únicamente si durante toda la vigencia del crédito (plazo inicial, o cualquier modificación del plazo), el deudor mantiene contratada la póliza todo riesgo vehículo colectiva y/o seguro de desempleo del Banco Colpatría. En caso que el deudor en ejercicio de su libertad de elección no contrate la póliza colectiva todo riesgo vehículo y/o seguro de desempleo del Banco o la cancele durante la vigencia del crédito, LA TASA DE INTERÉS REMUNERATORIA INICIAL SE AUMENTARÁ EN 0.05% M.V. por cada seguro cancelado. (Ej: Si su tasa inicial era 1.34 % M.V., la tasa aumentará así: 1.39% M.V. por la cancelación de un seguro).

Por lo tanto, una vez se haya desistido de la contratación o cancelado la póliza colectiva todo riesgo vehículo y/o seguro de desempleo por parte del cliente, el Banco Colpatría aumentará la tasa en la forma señalada anteriormente por cada uno de los seguros adquiridos, lo que implicará un aumento de la cuota mensual, sin necesidad de notificación o comunicación alguna, como quiera que esta condición contractual es conocida y aceptada expresamente con la suscripción de la presente misiva.

Así mismo, manifiesto (mos) que el Beneficio de Tasa en Crédito con Póliza Colectiva Todo Riesgo Vehículo y/o Seguro de desempleo, es una condición contractual informada oportunamente, aceptada y que prevalece sobre las condiciones contractuales previstas en la Solicitud Crédito Vehículo realizada por mi (nuestra) parte, toda vez que por medio de la presente se adiciona, interpreta y aclara la misma.

Acepto beneficio de tasa por póliza colectiva todo riesgo vehículo

Acepto beneficio de tasa por seguro de desempleo

Atentamente,

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_