

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.	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"/>	
DEPARTAMENTO	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CIUDAD
		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 https://www.colpatria.com/Personas/seguros/seguros-licitatorios/seguro-de-vida-deudor)

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.

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"> Daños a bienes de terceros, muerte o lesiones a una persona, muerte o lesiones a dos o más personas Pérdidas Totales o parciales por Daños y Hurto 	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

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 AXA COLPATRIA SEGUROS 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 4235757 o a nivel nacional 018000512620 (Opción 2, 1, 6, 2)

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

BENEFICIARIO DEL SEGURO

BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA POR EL 100%

ANEXO DE ADMINISTRACION DE DATOS - AXA COLPATRIA

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 o 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.

FIRMA DEL CLIENTE _____

INFORMACIÓN APLICABLE A TODOS LOS SEGUROS Y AUTORIZACIONES

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Declaro en mi calidad de asegurado que he designado al Banco Colpatría Multibanca Colpatría S.A. como beneficiario Oneroso.
- Para conocer el procedimiento de reclamación por siniestro, plazos, y documentación requerida por favor ingresar a <https://www.colpatria.com/Personas/seguros>.
- 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.
- 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.

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 mí (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 _____