



SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

SEGURO DE VIDA GRUPO - GRUPO DEUDORES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD | MM | AAAA

PÓLIZA N°

DATOS DEL TOMADOR (Beneficiario Oneroso)

Nombre:	Número de NIT:	Actividad Comercial:
Dirección:	Correo Electrónico:	Teléfono:
		Ciudad:
		Departamento:

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres del Asegurado:	Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA	Sexo: M ☐ F ☐	Tipo Documento: CC ☐ CE ☐ PAS ☐	Número:
Estatura (mt):	Peso (kg):	Actividad:	Dirección Residencia:	Teléfono Residencia:
				Celular:

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

AMPAROS CONTRATADOS	MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HASTA 65 AÑOS
EDAD MÍNIMA DE INGRESO	18 años	EDAD MÁXIMA DE INGRESO
	94 años Y 364 DIAS	EDAD DE PERMANENCIA
	hasta la finalización de la obligación, máximo:	NA
	SUMA ASEGURADA:	\$

CÁLCULO DE LA PRIMA

pesos por millón del valor desembolsado	PERIODICIDAD	Mensual	PESOS POR MILLÓN:	\$
---	--------------	---------	-------------------	----

VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro iniciará en la fecha de desembolso del crédito otorgado por el Tomador y finalizará en la fecha en que se realice el pago total de la deuda del asegurado con el tomador.

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS GRATUITOS (2)

Nombre:	CC:	%:	Nombre:	CC:	%:
Nombre:	CC:	%:	Nombre:	CC:	%:
Nombre:	CC:	%:	Nombre:	CC:	%:

(2) siempre y cuando la Suma Asegurada contemple un valor remanente

DECLARACION DE SALUD

1. ¿Está o ha adelantado un proceso para obtener la calificación de pérdida de capacidad laboral ante la ARL, AFP o Juntas de Calificación, o ha recibido un dictamen de calificación que esté en firme?

SI NO

SI MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA ANTERIOR, DETALLAR EN FORMA COMPLETA

No. Pregunta	LESION O ENFERMEDAD	FECHA	DETALLE
		DD MM AAAA	

DECLARACIONES

DECLARO QUE:

- Tanto mis actividades como ocupación son lícitas y en consecuencia los bienes que poseo provienen de medios lícitos. Igualmente declaro que no he sido objeto de amenazas, de secuestro o muerte ni me han solicitado contribuciones para evitarlo.
- Autorizo permanente e irrevocablemente a PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., para que a partir de la fecha procese, conserve o actualice cualquier información de carácter financiero o comercial y la autorizo para que reporte, consulte o suministre esta información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas, en los términos y durante el tiempo que la ley lo establezca.
- Autorizo a EL TOMADOR a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en el valor de cuota del crédito. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo a EL TOMADOR para que efectúe directamente el pago de la misma a PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
- Autorizo a EL TOMADOR para realizar la destrucción del presente documento, en caso de que el crédito no sea aprobado ni desembolsado.
- Autorizo a EL TOMADOR para que, en calidad de beneficiario oneroso, efectúe la reclamación por el saldo insoluto de la deuda ante PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. en caso de siniestro.
- Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del monto y plazo del crédito aprobado por EL TOMADOR.
- Autorizo expresamente, aún después de mi fallecimiento, a los médicos e instituciones de salud a proporcionar a los Beneficiarios de este seguro y a PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. copia de mi historia médica clínica, resultados de medios diagnósticos y cualquier información o registro que hayan efectuado o efectúen. En consecuencia renuncio en mi propio nombre y en el de cualquier tercero interesado, a todas las disposiciones de ley que prohíban a los médicos, centros asistenciales o de diagnóstico que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.
- He sido advertido de mi obligación de declarar sinceramente mi estado de salud y cualquier diagnóstico, tratamiento, patología que tenga o haya tenido y las consecuencias de tal omisión, por lo cual manifiesto que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son completas y verídicas. Acepto que PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., se reserva los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la realidad (Artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio).
- He leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones, del anverso y reverso, del presente certificado, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma acepto integralmente su contenido.
- Que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.palg.com

CLAUSULA DE AUTORIZACION

Declaro expresamente:

- Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
- Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me ha informado, de manera expresa:
 - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 y la selección de riesgos, 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, 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 El Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. Información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) la prevención y control del lavado de activos y la participación del terrorismo, xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - El Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
 - USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** i) personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, o vinculadas o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 coaseguros o reaseguro; v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y e 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.
 - TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

- 5 **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.
- 6 **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** 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 y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
- 7 **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:
- a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá.
- b) INVERFAS cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá.
- 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.
- III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

INFORMACION IMPORTANTE

Para resolver inquietudes acerca del seguro o del trámite de una solicitud de reclamación, favor comunicarse con la línea de atención al cliente: Bogotá DC. 756 2323 y a nivel nacional 01 8000 182 534.

Defensor del Consumidor Financiero: Principal - José Guillermo Peña González (jgp@pgabogados.com). Suplente - Alejandro Pérez Hamilton (aperez@pgabogados.com). Teléfonos: (57-1) 2131370 - 6584298 - FAX (57-1) 6193259 Dirección Avenida 19 No. 114 - 09 oficina 502 Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 5:00 p.m. jornada continua.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, www.palig.com, ingresando al enlace Consumidor Financiero.

ADVERTENCIA: El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., por tanto, EL TOMADOR no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto del seguro, se resolverá entre el Asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna por parte de EL TOMADOR.

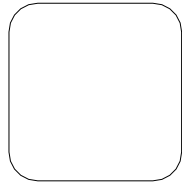
SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

Estas autorizaciones regirán durante el período de vigencia del seguro.

En virtud de lo anterior se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20____.

REPRESENTANTE LEGAL
Pan American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A.
NIT: 860.038.299-1

FIRMA DEL ASEGURADO
Nombre: _____
No. Documento de Identidad: _____



HUELLA ÍNDICE DERECHO

Dirección para Notificaciones: Av. Calle 116 No. 23-06/28 Piso 7 Edificio Business Center 116 PBX - 756 2323

ACEPTACIÓN DEL SERVICIO DE ACCESO AL CRÉDITO Y CENTRALES DE RIESGO



Yo (nosotros), identificado(s) como aparece (mos) al pie de mí (nuestra) firma(s), por medio del presente documento expresamente manifiesto (amos) de manera libre y voluntaria, que:

Acepto (amos) la utilización de servicio de acceso al crédito del **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** para respaldar la operación aprobada por **HD ASESORES S.A.S.** en adelante el **INTERMEDIARIO**, lo cual no me exime de cumplir con el pago de todas las sumas generadas por esta operación de crédito.

Acepto (amos) de manera incondicional e irrevocable la obligación de pagar las tarifas establecidas por el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** por concepto del servicio de acceso al crédito prestado por el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ**, y su valor podrá ser cargado o deducido de cualquier depósito constituido por mí (nosotros), o con cargo a las cuotas del mismo crédito o de cualquier obligación pactada con el **INTERMEDIARIO**.

Acepto (amos) pagar las tarifas establecidas por el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** la cual será cobrada en el momento del desembolso según el monto de capital del crédito al cual he (hemos) accedido y por la duración del mismo, de acuerdo con la siguiente tabla de comisiones:

PLAZO DE CREDITO EN MESES	0-12	13-24	25-36	37-48	49-60	MAS DE 60 MESES
VALOR MENSUAL DEL SERVICIO DE ACCESO AL CREDITO	0,12380%	0,16094%	0,21665%	0,27236%	0,32188%	0,32188%

Manifiesto que conozco (conocemos) las condiciones del servicio de acceso al crédito que presta el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ**, y por lo tanto, en caso que éste se vea en la obligación de pagar cualquier suma al **INTERMEDIARIO** como consecuencia de mi (nuestro) incumplimiento en el pago de la obligación objeto de la prestación del servicio de acceso al crédito, el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** tendrá derecho a recuperar las sumas pagadas y se subrogará en la calidad de acreedor por el valor pagado, si así lo considera el **INTERMEDIARIO**.

Autorizo (amos) irrevocablemente al **INTERMEDIARIO** a entregar al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** toda la información relacionada con la operación aprobada a mí (nuestro) favor y de igual manera autorizo (amos) al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** a entregar dicha información a terceros que puedan encargarse de la gestión de cobro de dicha cartera, si así lo considera el **INTERMEDIARIO**.

Manifiesto que los recursos utilizados para el pago del servicio de acceso al crédito a favor del **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** provienen de fuentes lícitas y la información que he (hemos) suministrado es verídica. Por lo tanto, doy (damos) mi (nuestro) consentimiento expreso e irrevocable al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** o a quien sea en el futuro acreedor de la obligación para:

- Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi (nuestro) desempeño como deudor (es), mi (nuestra) capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme (nos) una garantía.
- Reportar a las centrales de riesgo datos del cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones.
- Conservar, tanto en el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ**, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalados en sus reglamentos, mi (nuestra) información crediticia.
- Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mi (nuestra) solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo (nosotros) haya (mos) entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
- Reportar a las autoridades públicas, tributarias aduaneras o judiciales la información para cumplir con sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

La presente autorización facultará al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** para ejercer su derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y de la misma forma facultará al **INTERMEDIARIO** para permitir el acceso a esta información por parte del **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación.

La presente autorización faculta al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** y a las centrales de riesgo a divulgar mí (nuestra) información para elaborar estadísticas.

Acepto (amos) la no devolución del pago del servicio de acceso al crédito por parte del **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ** y por ello renuncio (amos) a cualquier solicitud de cobro o reintegro de comisiones no causadas.

El presente documento tendrá validez desde su firma, por la vigencia del crédito otorgado por el **INTERMEDIARIO**, o de quien a futuro ostente la calidad de acreedor de la (s) obligación (es), y en general por el término establecido en la ley.

Autorización para el tratamiento de datos personales: En atención a la aplicación de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, el titular del dato por medio del presente documento, imparte de manera previa, expresa e informada la siguiente autorización a los responsables y encargados del tratamiento de datos personales para: El desarrollo de todas las operaciones propias del objeto social de la entidad (actividades relacionadas con el otorgamiento del crédito, administración, pago y recuperación de cartera), el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley, análisis de riesgo, estadísticos, de control, supervisión, encuestas, gestión de cobranza, comercialización de productos, mercadeo, verificación y actualización de información entre otras. En cumplimiento de lo anterior, se podrá: Consultar, solicitar, administrar, procesar, modificar, actualizar, eliminar, reportar, almacenar, compilar, enviar, utilizar, suministrar, grabar, obtener, transmitir, transferir, recolectar, confirmar, conservar, emplear, analizar, rectificar, estudiar y divulgar a los responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información, entidades financieras, sector solidario, contratistas, cesionarios de cartera o terceras personas con quienes se entablen relaciones comerciales o legales, de prestación de servicios y de cualquier otra índole para administrar y tratar la información personal suministrada en desarrollo del objeto social del **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ**, dentro de los límites establecidos por la Ley. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los intereses del **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ**, a quien la sociedad ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que Usted es titular.

El Titular de los datos personales tendrá los siguientes derechos: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto al uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente Ley y las demás normas que la modifiquen o adicionen o complementen; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. La Entidad responsable del tratamiento de los datos personales será el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ**, con dirección física en la Avenida 5CN° 24N 42 en la ciudad de Cali, dirección electrónica: fg@fgconfe.com, y teléfono 3844001.

Declaro (amos), haber leído cuidadosamente el contrato contenido en este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo (entendemos) sus alcances e implicaciones y en constancia de lo anterior firmo (amos):

DEUDOR PERSONA NATURAL

DEUDOR PERSONA NATURAL

Huella

Huella

FIRMA _____
NOMBRE _____
C.C. _____

FIRMA _____
NOMBRE _____
C.C. _____