SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

SEGURO DE VIDA GRUPO - GRUPO DEUDORES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	PÓLIZA Nº
DD | MM | AAAA	

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	Tipo Documento: P.	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 MAXIMA DE INGRESO	94 años Y 364 DIAS.	EDAD DE PERMANENCIA	hasta la finalización de la obligación, máximo: NA	SUMA ASEGURADA: $

CALCULO 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 MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA ANTERIOR, DETALLAR EN FORMA COMPLETA

No. Pregunta	LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA	DETALLE
		DD MM AAAA	

DECLARACIONES

DECLARO QUE:

1. 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.
2. Autorizo permanente e irrevocablemente a PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA 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.
3. 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
4. Autorizo a EL TOMADOR para realizar la destrucción del presente documento, en caso de que el crédito no sea aprobado ni desembolsado.
5. 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 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. en caso de siniestro.
6. Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del monto y plazo del crédito aprobado por EL TOMADOR.
7. 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 COMPAÑÍA 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.
8. 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 COMPAÑÍA 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).
9. 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.
10. Que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.palig.com

CLAUSULA DE AUTORIZACION

Declaro expresamente:

I. 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.

II. Que **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me ha informado, de manera expresa:

1 **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 se 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 financiación 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.

2 El Tratamiento podrá se realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3 **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 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.

4 **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 mi.

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 tramite 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 Gonzalez (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