

TERMINACIÓN DEL SEGURO



El seguro podrá terminar y/o no renovar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** su solicitud de revocación.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** En este caso se remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío
6. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

DECLARACIONES



- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO FINANINDINA S.A.**, conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 74 años y 364 días. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.
- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgará la cobertura inicialmente contratada.
- Declaro que no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad:

Importante: La presente póliza hace parte de las condiciones depositadas en la Superfinanciera identificadas con el Código de Condicionado: 01/12/2020-1344-P-24-2500CARDIF2505BF-0R00 y Código de Nota Técnica: 06/12/2019-1344-NT-P-24-S24000DENANA001.

AUTORIZACIONES



- a. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para efectuar tratamiento de mi información personal para el desarrollo del contrato de seguro, el envío de ofertas comerciales y actividades de analítica de datos, pudiendo transferir y/o transmitir a nivel nacional y/o internacional mis datos personales por cualquier medio incluyendo mensajes de datos, con sus aliados estratégicos, a sus filiales, subsidiarias, asociadas o vinculadas, a su matriz o controlante, accionistas, tomador de la póliza y terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos, o reaseguradores. Conozco que la revelación de los datos sensibles es facultativa, y que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia.
- Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página web www.bnpparibascardif.com.co enlace "Privacidad".*
- b. Autorizo a la Aseguradora o a quien la represente para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o cualquier otra entidad que maneje o administre las bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Doy idéntica autorización respecto de toda la información contenida en el RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad), y de la que se encuentra administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.
- c. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**, para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- d. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro.
- e. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.
- f. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito desembolsado. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** para que efectúe directamente el pago de la misma a la Compañía de Seguros.
- g. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- h. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- i. Autorizo a la compañía en las presentes condiciones, a incrementar el valor de la prima hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año calendario inmediatamente anterior.
- j. Autorizo a que mi información relacionada con el sarlaft y que repose en el formulario y documentos suministrados al **BANCO FINANINDINA S.A.** pueda ser compartida por dicha entidad con **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO



Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales, queja o reclamo por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente en Bogotá D.C. 7455427 o a nivel nacional 018000180616.



Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 3124168707.



Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas de atención al cliente: En Bogotá D.C. 7455427 o a nivel nacional 018000180616.



De conformidad con lo establecido en el Artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con la línea de atención al cliente en Bogotá D.C. 7455427 o a nivel nacional 018000180616.



Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Defensor principal. José Federico Ustáriz González. Defensor suplente. Ana María Giraldo. Correo electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com Telefax: 6108161 y 6108164. Dirección: Carrera 11a # 96 - 51 oficina 203 Edificio Oficity, Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua.

CONDICIONES DEL SEGURO



La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

- Línea de atención al cliente de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** en cada ciudad o al 018000180616 a nivel nacional.
- Oficina del Banco Finandina S.A. en donde adquirió su seguro.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://Bseg.co/seguro2505> y/o código QR señalado en la presente solicitud a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE



Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro me fue explicado que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicaron los siguientes aspectos relevantes del mismo: I) La importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información inexacta II) Las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado III) Amparos y exclusiones IV) Los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación. V) Toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma. Declaro haber sido informado y haber leído y conocido en su totalidad los textos de autorización contenidos en el acápite de "Autorizaciones" del presente documento.

Huella Índice
Derecho

Firma del Asegurado

No de Documento: _____

Firma Autorizada **CARDIF COLOMBIA SEGUROS
GENERALES S.A.** NIT 900.200.435-3.

Firma Asesor de Ventas

Nombre Ejecutivo Comercial

Cédula Ejecutivo Comercial

Código Ejecutivo Comercial

Ciudad

SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
CRÉDITOS O LEASING DE AUTOMÓVILES

ASALARIADOS

Esta solicitud de seguro hace parte de la póliza N° 24-2505-0001
NÚMERO DE SOLICITUD: Código producto + Número de Crédito

INTERÉS ASEGURABLE	FECHA DE SOLICITUD		
	DD	MM	AAAA
Contrato como empleado directo de una compañía a término definido o indefinido.	✓		
Vinculado por medio de una empresa de servicios temporales con contrato a término definido o indefinido.	✓		
Servidor Público.	✓		
Vinculado a una empresa bajo contrato de Obra o labor.	✓		
Aplica solamente para el primer diagnóstico de cualquiera de las siguientes 7 Enfermedades Graves: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores, y Esclerosis Múltiple, siempre y cuando este diagnóstico sea posterior al inicio de la cobertura de éste amparo.			✓

ACTORES DEL SEGURO		
TOMADOR	ASEGURADORA	ASEGURADO
Persona jurídica que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. BANCO FINANDINA S.A. NIT 860.051.894-6.	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NIT 900.200.435-3	En este seguro es el cliente de BANCO FINANDINA S.A. Identificado en esta solicitud.

BENEFICIARIOS	
Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación. - Para Desempleo Involuntario será BANCO FINANDINA S.A. - Para Enfermedades Graves y Renta de libre destinación el beneficiario será EL ASEGURADO.	

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombres y Apellidos	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S.	No. de Identificación
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad	Dirección de Residencia
Ciudad	Departamento
País de Residencia	Teléfono
E-mail	

IMPORTANTE

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero. Dado lo anterior, toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna del **BANCO FINANDINA S.A.** Este producto es ofrecido por la red del **BANCO FINANDINA S.A.**, limitándose única y exclusivamente al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**, para la prestación del servicio en dicha red. El **BANCO FINANDINA S.A.** no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO			
DESCRIPCIÓN	DESEMPLEO	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO
Valores Asegurados	Pago de seis (6) cuotas hasta por cuatro millones de pesos (\$4.000.000) cada una, limitadas al valor de la cuota del crédito o leasing de vehículo, las cuales serán reconocidas en un solo pago. El valor de cada cuota no excederá el valor total de la deuda del crédito.	Pago de doce (12) cuotas hasta por cuatro millones de pesos (\$4.000.000) cada una, limitadas al valor de la cuota del crédito o leasing de vehículo, las cuales serán reconocidas en un solo pago en caso de diagnóstico de una de las siete (7) enfermedades graves incluidas en la cobertura, el valor de cada cuota no excederá el valor total de la deuda del crédito.	Se reconocerá un pago de \$750.000 correspondiente a tres (03) cuotas cuyo valor es de doscientos cincuenta mil pesos cada una (\$250.000), estas cuotas serán reconocidas en un solo pago.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del crédito.	Se reconoce un evento por el primer diagnóstico por cada una de las Enfermedades Graves cubiertas, durante la vigencia del seguro.	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del crédito.
Periodo activo mínimo después de un siniestro "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización."	6 meses	No se establece periodo activo mínimo	6 meses
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	90 días	30 días
Periodo de espera	No aplica		
Edad mínima de ingreso	18 años		
Edad máxima de ingreso	74 años + 364 días		
Edad máxima de permanencia	Hasta 79 años + 364 días		

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO	
VALOR DE LA PRIMA	La vigencia y la prima del seguro serán mensuales. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito o leasing de vehículo, con renovación automática y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente pactado o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación. Importante: En caso de que el crédito contratado por el asegurado sea pagado a la entidad financiera en un tiempo inferior al inicialmente pactado, la vigencia del seguro finalizará dada la cancelación total del crédito. En aquellas circunstancias en las que se presenten refinanciaci3nes, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas por dichos hechos. Forma de Pago de la Prima: La prima corresponderá al valor de la cuota del crédito o leasing de vehículo multiplicado por la tasa con iva del seguro. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por el BANCO FINANDINA S.A. , y será asumido por el asegurado dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin.
SIN IVA:	4,374% (Tasa x Cuota Mensual)
IVA:	0,8311%
CON IVA:	5,205% (Tasa x Cuota Mensual)

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

TERMINACIÓN DEL SEGURO



El seguro podrá terminar y/o no renovar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** su solicitud de revocación.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** En este caso se remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío
6. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

DECLARACIONES



- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO FINANINDINA S.A.**, conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 74 años y 364 días. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.
- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgará la cobertura inicialmente contratada.
- Declaro que no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad:

Importante: La presente póliza hace parte de las condiciones depositadas en la Superfinanciera identificadas con el Código de Condicionado: 01/12/2020-1344-P-24-2500CARDIF2505BF-0R00 y Código de Nota Técnica: 06/12/2019-1344-NT-P-24-S24000DENANA001.

AUTORIZACIONES



- a. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para efectuar tratamiento de mi información personal para el desarrollo del contrato de seguro, el envío de ofertas comerciales y actividades de analítica de datos, pudiendo transferir y/o transmitir a nivel nacional y/o internacional mis datos personales por cualquier medio incluyendo mensajes de datos, con sus aliados estratégicos, a sus filiales, subsidiarias, asociadas o vinculadas, a su matriz o controlante, accionistas, tomador de la póliza y terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos, o reaseguradores. Conozco que la revelación de los datos sensibles es facultativa, y que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia.
- Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página web www.bnpparibascardif.com.co enlace "Privacidad".*
- b. Autorizo a la Aseguradora o a quien la represente para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o cualquier otra entidad que maneje o administre las bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Doy idéntica autorización respecto de toda la información contenida en el RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad), y de la que se encuentra administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.
- c. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**, para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- d. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro.
- e. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.
- f. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito desembolsado. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** para que efectúe directamente el pago de la misma a la Compañía de Seguros.
- g. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- h. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A.** para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- i. Autorizo a la compañía en las presentes condiciones, a incrementar el valor de la prima hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año calendario inmediatamente anterior.
- j. Autorizo a que mi información relacionada con el sarlaft y que repose en el formulario y documentos suministrados al **BANCO FINANINDINA S.A.** pueda ser compartida por dicha entidad con **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO



Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales, queja o reclamo por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente en Bogotá D.C. 7455427 o a nivel nacional 018000180616.



Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 3124168707.



Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas de atención al cliente: En Bogotá D.C. 7455427 o a nivel nacional 018000180616.



De conformidad con lo establecido en el Artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con la línea de atención al cliente en Bogotá D.C. 7455427 o a nivel nacional 018000180616.



Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Defensor principal. José Federico Ustáriz González. Defensor suplente. Ana María Giraldo. Correo electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com Telefax: 6108161 y 6108164. Dirección: Carrera 11a # 96 - 51 oficina 203 Edificio Oficity, Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua.

CONDICIONES DEL SEGURO



La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

- Línea de atención al cliente de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** en cada ciudad o al 018000180616 a nivel nacional.
- Oficina del Banco Finandina S.A. en donde adquirió su seguro.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://Bseg.co/seguro2505> y/o código QR señalado en la presente solicitud a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE



Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro me fue explicado que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicaron los siguientes aspectos relevantes del mismo: I) La importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información inexacta II) Las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado III) Amparos y exclusiones IV) Los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación. V) Toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma. Declaro haber sido informado y haber leído y conocido en su totalidad los textos de autorización contenidos en el acápite de "Autorizaciones" del presente documento.

Huella Índice Derecho

Firma del Asegurado

Firma Autorizada **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** NIT 900.200.435-3.

Firma Asesor de Ventas

Nombre Ejecutivo Comercial

Cédula Ejecutivo Comercial

Código Ejecutivo Comercial

Ciudad

No de Documento: