

AUTOS INDEPENDIENTE
SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
CRÉDITO O LEASING DE VEHÍCULOS
INDEPENDIENTES

Esta solicitud de seguro hace parte de la póliza N° 31-2506-0001
NÚMERO DE SOLICITUD: Código producto + Numero de Crédito

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE 	Coberturas que Aplican		
	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES
 Trabajador independiente sin contrato como empleado directo.	✓		
 Estudiante o ama de casa.	✓		
 Aplica si usted tiene entre 18 años y 74 años +364 días de edad, la causa de la muerte es accidental y el accidente se presenta después de la contratación de la póliza.		✓	
 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 Incapacidad Total Temporal: **BANCO FINANDINA S.A.**
- Para Enfermedades Graves y Renta de libre destinación el beneficiario será **EL ASEGURADO**.
- Para Muerte Accidental: **Los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley.**

DATOS BENEFICIARIO(S)

Nota: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligencie este espacio, de lo contrario los Beneficiarios serán los de ley.

NOMBRES	APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	% DE PARTICIPACIÓN (*)

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%.

DATOS DEL ASEGURADO 

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación C.C. C.E. P.S. No. de Identificación Fecha de Nacimiento Sexo M 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	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
Valores Asegurados	Pago de tres (03) cuotas o más de tres (03) cuotas hasta por cuatro millones de pesos (\$4.000.000) cada una, de acuerdo con la tabla de días de incapacidad, limitadas al valor de la cuota mensual del crédito o leasing de vehículo.	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.	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, de conformidad con la tabla de días de incapacidad especificada en el presente condicionado.	Un único evento	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, de conformidad con la tabla de días de incapacidad especificada en el presente condicionado.
Periodo activo mínimo después de un siniestro "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización."	No se establece periodo activo mínimo			
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	No se establece periodo de carencia	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 refinanciamientos, 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 resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito o leasing de vehículo inicialmente pactada por la tasa de seguro incluido IVA. 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 FINANINDINA 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:	5.205% (Tasa x Cuota Mensual)	
IVA:	0%	
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:

- Mora en el pago de la prima.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
- Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
- 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.
- 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
- 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 retención, 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 retención, 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 Organos 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-31-2500CARDIF2506BF-0R00 y Código de Nota Técnica: 06/12/2019-1344-NT-P-31-S31000OMANANA001

AUTORIZACIONES



- 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".
- 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.
- 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.
- Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro.
- Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/seguro2506> 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.

	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

AUTOS INDEPENDIENTE
SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
CRÉDITO O LEASING DE VEHÍCULOS
INDEPENDIENTES

Esta solicitud de seguro hace parte de la póliza N° 31-2506-0001
NÚMERO DE SOLICITUD: Código producto + Numero de Crédito

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que Aplican		
	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES
Trabajador independiente sin contrato como empleado directo.	✓		
Estudiante o ama de casa.	✓		
Aplica si usted tiene entre 18 años y 74 años +364 días de edad, la causa de la muerte es accidental y el accidente se presenta después de la contratación de la póliza.		✓	
Aplica solamente para el primer diagnóstico de cualquiera de las siguientes 7 Enfermedades Graves: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vasculard, 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 Incapacidad Total Temporal: **BANCO FINANDINA S.A.**
- Para Enfermedades Graves y Renta de libre destinación el beneficiario será **EL ASEGURADO**.
- Para Muerte Accidental: **Los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley.**

DATOS BENEFICIARIO(S)

Nota: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligencie este espacio, de lo contrario los Beneficiarios serán los de ley .

NOMBRES	APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	% DE PARTICIPACIÓN (*)

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación C.C. C.E. P.S. No. de Identificación Fecha de Nacimiento Sexo M 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	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	MUERTE ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
Valores Asegurados	Pago de tres (03) cuotas o más de tres (03) cuotas hasta por cuatro millones de pesos (\$4.000.000) cada una, de acuerdo con la tabla de días de incapacidad, limitadas al valor de la cuota mensual del crédito o leasing de vehículo.	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.	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, de conformidad con la tabla de días de incapacidad especificada en el presente condicionado.	Un único evento	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, de conformidad con la tabla de días de incapacidad especificada en el presente condicionado.
Periodo activo mínimo después de un siniestro "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización."	No se establece periodo activo mínimo			
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	No se establece periodo de carencia	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			

-ASEGURADO-

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 refinanciamientos, 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 resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito o leasing de vehículo inicialmente pactada por la tasa de seguro incluido IVA. 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 FINANINDINA 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:	5.205% (Tasa x Cuota Mensual)	
IVA:	0%	
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:

- Mora en el pago de la prima.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
- Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
- 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.
- 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
- 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 Organos 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-31-2500CARDIF2506BF-0R00 y Código de Nota Técnica: 06/12/2019-1344-NT-P-31-S31000OMANANA001

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.
- 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/seguro2506> 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