

**SOLICITUD DE SEGURO  
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPELO CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES  
ASALARIADOS  
NÚMERO DE SOLICITUD: Código producto + Número de Crédito**

**FECHA DE SOLICITUD** DD MM AAAA

**INTERÉS ASEGURABLE**

**Coberturas que Aplican**

	DESEMPELO	ENFERMEDADES GRAVES
Empleado a través de un contrato de trabajo a término Fijo por más de 6 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente.	✓	
Empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.	✓	
Vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos, y el contrato es terminado por el contratante.	✓	
Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 12 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.	✓	
Vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos, y el contrato es terminado por el empleador.	✓	
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**

Persona jurídica que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.  
**BANCO FINANDINA S.A. BIC**  
NIT 860.051.894-6.

**ASEGURADORA**

Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.  
**CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**  
NIT 900.200.435-3

**ASEGURADO**

En este seguro es el cliente de **BANCO FINANDINA S.A. BIC** 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 y Enfermedades Graves** será **BANCO FINANDINA S.A. BIC**, para efectos de que se realice la aplicación del pago al producto financiero amparado, si hay remanente el beneficiario es **EL ASEGURADO**.  
- Para **Renta de libre destinación** el beneficiario será **EL ASEGURADO**.

**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. BIC**. Este producto es ofrecido por la red del **BANCO FINANDINA S.A. BIC**, 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. BIC** no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora.

**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

**CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

DESCRIPCIÓN	DESEMPELO	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPELO INVOLUNTARIO
<b>Valores Asegurados</b>	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.
<b>Número de eventos a indemnizar por cobertura</b>	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.
<b>Periodo activo mínimo después de un siniestro</b> "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización."	6 meses	No se establece periodo activo mínimo	6 meses
<b>Periodo de carencia</b> "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	90 días	30 días
<b>Ecosistemas de servicios</b>	Ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a potenciar su perfil laboral y aprovechar nuevas oportunidades laborales. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros, el alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado.		
<b>Periodo de espera</b>	No aplica		
<b>Edad mínima de ingreso</b>	18 años		
<b>Edad máxima de ingreso</b>	74 años + 364 días		
<b>Edad máxima de permanencia</b>	Hasta 79 años + 364 días		

**VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO VOLUNTARIO**

VALOR DE LA PRIMA		1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán mensuales y será renovada automáticamente hasta la terminación del crédito o leasing de vehículo. 2. La vigencia del seguro iniciará al momento del desembolso del crédito o leasing de vehículo por parte del <b>BANCO FINANDINA S.A. BIC</b> ; en caso de que el crédito o leasing de vehículo no sea desembolsado el seguro no entrará en vigencia. Para créditos o leasing de vehículo respecto de los cuales los clientes adquieran el seguro en fecha posterior al momento del desembolso del crédito o leasing de vehículo: La cobertura entrará en vigencia en el momento en que el asegurado manifieste su consentimiento para la adquisición del producto de seguro y al momento de inscripción del débito automático. 3. La renovación de la póliza es automática y la vigencia de cada renovación será igual a la inicialmente contratada, la cual está indicada expresamente en la carátula de la póliza y/o solicitud del seguro, sin perjuicio que en cualquier momento y/o antes de su vencimiento, el asegurado a su voluntad manifieste su intención de no renovarla y/o ejercer la facultad de la revocación que tiene el cliente en cada momento. En todo caso, si se presenta una modificación en las condiciones de la póliza, Cardif lo notificará al asegurado de manera previa, oportuna y completa, con el objetivo que éste pueda evaluar la información suministrada y escoger libremente si desea continuar con la misma o hacer uso de la facultad de la revocación que tiene el cliente en cada momento y de la libertad de elección de sus contrapartes. 4. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito o leasing de vehículo por la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará con frecuencia mensual y el cliente lo verá reflejado en su extracto del producto financiero emitido por <b>BANCO FINANDINA S.A. BIC</b> 5. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima. 6. La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o leasing de vehículo o por cualquiera de las causales de terminación del seguro. <b>Importante:</b> En caso de que el crédito o leasing de vehículo 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 o leasing de vehículo. <b>Nota:</b> Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito o leasing de vehículo original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.
<b>SIN IVA:</b>	<b>5,0420%</b> (Tasa x Cuota Mensual)	
<b>IVA:</b>	<b>0,9580%</b>	
<b>CON IVA:</b>	<b>6,0000%</b> (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.**

**-ASEGURADO-**

## CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

1. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
2. Mora en el pago de la prima.
3. 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 a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita por parte de la aseguradora 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.
5. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
6. Muerte del asegurado.

**Importante:** Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

## DECLARACIONES

1. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 74 años y 364 días
  2. Manifiesto expresamente mi deseo de suscribir contrato de seguro con **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO FINANINDINA S.A. BIC**, conozco, cumplo y acepto las condiciones del presente seguro, las cuales me fueron proporcionadas de manera previa, expresa, completa y oportuna.
  3. Manifiesto expresamente que previo a la suscripción del contrato de seguro, me han explicado de manera completa y suficiente el detalle de las condiciones, coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en cualquier momento en la ruta <http://Bseg.co/seguro2517>. Así mismo, declaro que previo a la suscripción del mismo, se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes, obtener una respuesta adecuada y presentar mis comentarios respecto a mi condición del estado del riesgo.
  4. Declaro que previo a la suscripción del presente contrato de seguros, que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves.
  5. Declaro sinceramente, de manera general y espontánea que los hechos y manifestaciones contenidas en este documento que determinan mi estado del riesgo son exactas, completas, verificadas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada, en especial, aquella tendiente a encubrir hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo, tendrá las consecuencias y efectos estipulados 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, en particular, aquella cuyos hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, generará la nulidad relativa del seguro.
  6. Manifiesto que mis actividades económicas son legales y lícitas.
  7. 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).
- Importante:** La presente póliza hace parte de las condiciones depositadas en la Superfinanciera identificadas con el Código de Condicionado: 09/05/2022-1344-P-24-2500CARD25172519-0R00 y Código de Nota Técnica: 11/11/2021-1344-NT-P-24-S240000DENANA021

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**, para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, precontractuales, contractuales y poscontractuales, y, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de mis datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transmitir y/o Transferir mis Datos a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, con el tomador de la póliza, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Sé que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables. Declaro que la información de terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.  
*Sé que para mayor información, puedo consultar la página Web [www.bnpparibascardif.com.co](http://www.bnpparibascardif.com.co) enlace "Privacidad"*
- b. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para que a través de WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, tales como correo electrónico y mensajes de texto, me suministren información referente a mi seguro y me contacten para cualquier proceso posventa incluidos la atención de siniestros, PQR y otros procesos relacionados con la gestión del presente seguro.
- c. 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.
- d. Autorizo las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.
- e. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro en los términos y condiciones establecidos en el numeral 3 del acápite Vigencia y Prima del Seguro
- f. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito o leasing de vehículo desembolsado. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para que efectúe directamente el pago de la misma a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**
- g. Cuando haya devolución de prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio, al momento de la cancelación puedo autorizar la devolución de los recursos no devengados del seguro o, que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada.
- h. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para que efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba el pago por concepto de indemnización y lo aplique con cargo a la obligación financiera cuando el seguro contratado sea para proteger esta obligación.
- i. 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.
- j. Autorizo a **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- k. Autorizo a que mi información relacionada con el SARLAFT y que repose en el formulario y documentos suministrados a **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** 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 o interponer queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente en Bogotá (601) 7455427 y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular 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. (601) 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. (601) 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](mailto:defensoriacardif@ustarizabogados.com) Telefax: (601) 6108161 y (601) 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 condiciones, coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, se encuentran en el Condicionado que el Tomador recibió física y/o electrónicamente y de manera previa a la contratación voluntaria del seguro, el cual fue explicado en detalle y se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes y obtener una respuesta adecuada. Sin perjuicio de lo anterior, el Condicionado se 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 FINANINDINA S.A. BIC** en donde adquirió su seguro.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://Bseg.co/seguro2517> y/o código QR señalado en la presente solicitud a través de cualquier dispositivo móvil.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Manifiesto que antes de aceptar la suscripción de este seguro, me fueron explicadas: 1) las características del producto, conozco y entiendo la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, todos los hechos o circunstancias que lo determinen. Igualmente, que, en caso de faltar a la verdad en dicha declaración, entregar información inexacta, incompleta, u omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a la aseguradora a no asegurarme o a hacerlo en condiciones más onerosas, este seguro estará viciado de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. 2) las coberturas de la póliza, sus amparos, sus exclusiones y su vigencia. 3) los valores Asegurados, el valor de la prima y la forma de pago que estoy autorizando. 4) los procedimientos, canales y medios que puedo utilizar en caso de solicitar una indemnización, requerir cualquier información, o presentar un requerimiento o queja. 5) que, en caso de terminar anticipadamente la vigencia de la póliza, tengo derecho a la devolución de la prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio, al momento de la cancelación puedo autorizar la devolución de los recursos no devengados del seguro o, que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada. 6) que todas las condiciones del producto y los servicios se encuentran disponibles mediante consulta del código QR, o la URL, o en la página web de Cardif Colombia Seguros Generales S.A.

Declaro haber sido debidamente informado, haber leído el presente documento y conocer totalmente los textos de las "Autorizaciones" contenidas en la presente solicitud de seguro.

Huella Índice Derecho	Firma del Asegurado	Firma Autorizada CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NIT 900.200.435-3	Firma Asesor de Ventas
No de Documento:			
Nombre Ejecutivo Comercial	Cédula Ejecutivo Comercial	Código Ejecutivo Comercial	Ciudad

**SOLICITUD DE SEGURO**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPELO CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES**  
**ASALARIADOS**  
**NÚMERO DE SOLICITUD: Código producto + Número de Crédito**

**FECHA DE SOLICITUD** DD MM AAAA

**INTERÉS ASEGURABLE**

**Coberturas que Aplican**

**DESEMPELO** **ENFERMEDADES GRAVES**

Empleado a través de un contrato de trabajo a término Fijo por más de 6 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente.	✓	
Empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.	✓	
Vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos, y el contrato es terminado por el contratante.	✓	
Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 12 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.	✓	
Vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos, y el contrato es terminado por el empleador.	✓	
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**

Persona jurídica que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.  
**BANCO FINANDINA S.A. BIC**  
NIT 860.051.894-6.

**ASEGURADORA**

Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.  
**CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**  
NIT 900.200.435-3

**ASEGURADO**

En este seguro es el cliente de **BANCO FINANDINA S.A. BIC** 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 y Enfermedades Graves** será **BANCO FINANDINA S.A. BIC**, para efectos de que se realice la aplicación del pago al producto financiero amparado, si hay remanente el beneficiario es **EL ASEGURADO**.  
- Para **Renta de libre destinación** el beneficiario será **EL ASEGURADO**.

**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. BIC**. Este producto es ofrecido por la red del **BANCO FINANDINA S.A. BIC**, 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. BIC** no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora.

**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

**CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

DESCRIPCIÓN	DESEMPELO	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPELO INVOLUNTARIO
<b>Valores Asegurados</b>	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.
<b>Número de eventos a indemnizar por cobertura</b>	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.
<b>Periodo activo mínimo después de un siniestro</b> "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización."	6 meses	No se establece periodo activo mínimo	6 meses
<b>Periodo de carencia</b> "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	90 días	30 días
<b>Ecosistemas de servicios</b>	Ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a potenciar su perfil laboral y aprovechar nuevas oportunidades laborales. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros, el alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado.		
<b>Periodo de espera</b>	No aplica		
<b>Edad mínima de ingreso</b>	18 años		
<b>Edad máxima de ingreso</b>	74 años + 364 días		
<b>Edad máxima de permanencia</b>	Hasta 79 años + 364 días		

**VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO VOLUNTARIO**

**VALOR DE LA PRIMA**

<b>SIN IVA:</b>	<b>5,0420%</b> (Tasa x Cuota Mensual)	<p>1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán mensuales y será renovada automáticamente hasta la terminación del crédito o leasing de vehículo. 2. La vigencia del seguro iniciará al momento del desembolso del crédito o leasing de vehículo por parte del <b>BANCO FINANDINA S.A. BIC</b>; en caso de que el crédito o leasing de vehículo no sea desembolsado el seguro no entrará en vigencia. Para créditos o leasing de vehículo respecto de los cuales los clientes adquieran el seguro en fecha posterior al momento del desembolso del crédito o leasing de vehículo: La cobertura entrará en vigencia en el momento en que el asegurado manifieste su consentimiento para la adquisición del producto de seguro y al momento de inscripción del débito automático. 3. La renovación de la póliza es automática y la vigencia de cada renovación será igual a la inicialmente contratada, la cual está indicada expresamente en la carátula de la póliza y/o solicitud del seguro, sin perjuicio que en cualquier momento y/o antes de su vencimiento, el asegurado a su voluntad manifieste su intención de no renovarla y/o ejercer la facultad de la revocación que tiene el cliente en cada momento. En todo caso, si se presenta una modificación en las condiciones de la póliza, Cardif lo notificará al asegurado de manera previa, oportuna y completa, con el objetivo que éste pueda evaluar la información suministrada y escoger libremente si desea continuar con la misma o hacer uso de la facultad de la revocación que tiene el cliente en cada momento y de la libertad de elección de sus contrapartes. 4. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito o leasing de vehículo por la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará con frecuencia mensual y el cliente lo verá reflejado en su extracto del producto financiero emitido por <b>BANCO FINANDINA S.A. BIC</b> 5. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima. 6. La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o leasing de vehículo o por cualquiera de las causales de terminación del seguro. <b>Importante:</b> En caso de que el crédito o leasing de vehículo 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 o leasing de vehículo. <b>Nota:</b> Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito o leasing de vehículo original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.</p>
<b>IVA:</b>	<b>0,9580%</b>	
<b>CON IVA:</b>	<b>6,0000%</b> (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.**



## CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

1. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
2. Mora en el pago de la prima.
3. 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 a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita por parte de la aseguradora 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.
5. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
6. Muerte del asegurado.

**Importante:** Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

## DECLARACIONES

1. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 74 años y 364 días
  2. Manifiesto expresamente mi deseo de suscribir contrato de seguro con **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO FINANINDINA S.A. BIC**, conozco, cumplo y acepto las condiciones del presente seguro, las cuales me fueron proporcionadas de manera previa, expresa, completa y oportuna.
  3. Manifiesto expresamente que previo a la suscripción del contrato de seguro, me han explicado de manera completa y suficiente el detalle de las condiciones, coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en cualquier momento en la ruta <http://Bseg.co/seguro2517>. Así mismo, declaro que previo a la suscripción del mismo, se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes, obtener una respuesta adecuada y presentar mis comentarios respecto a mi condición del estado del riesgo.
  4. Declaro que previo a la suscripción del presente contrato de seguros, que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves.
  5. Declaro sinceramente, de manera general y espontánea que los hechos y manifestaciones contenidas en este documento que determinan mi estado del riesgo son exactas, completas, verificadas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada, en especial, aquella tendiente a encubrir hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo, tendrá las consecuencias y efectos estipulados 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, en particular, aquella cuyos hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, generará la nulidad relativa del seguro.
  6. Manifiesto que mis actividades económicas son legales y lícitas.
  7. 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).
- Importante:** La presente póliza hace parte de las condiciones depositadas en la Superfinanciera identificadas con el Código de Condicionado: 09/05/2022-1344-P-24-2500CARD25172519-0R00 y Código de Nota Técnica: 11/11/2021-1344-NT-P-24-S240000DENANA021

## AUTORIZACIONES

- a. Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, precontractuales, contractuales y poscontractuales, y, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de mis datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transmitir y/o Transferir mis Datos a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, con el tomador de la póliza, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Sé que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables. Declaro que la información de terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.  
*Sé que para mayor información, puedo consultar la página Web [www.bnpparibascardif.com.co](http://www.bnpparibascardif.com.co) enlace "Privacidad"*
- b. Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para que a través de WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, tales como correo electrónico y mensajes de texto, me suministren información referente a mi seguro y me contacten para cualquier proceso posventa incluidos la atención de siniestros, PQR y otros procesos relacionados con la gestión del presente seguro.
- c. 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.
- d. Autorizo las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.
- e. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro en los términos y condiciones establecidos en el numeral 3 del acápite Vigencia y Prima del Seguro
- f. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito o leasing de vehículo desembolsado. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para que efectúe directamente el pago de la misma a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**
- g. Cuando haya devolución de prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio, al momento de la cancelación puedo autorizar la devolución de los recursos no devengados del seguro o, que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada.
- h. Autorizo al **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para que efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba el pago por concepto de indemnización y lo aplique con cargo a la obligación financiera cuando el seguro contratado sea para proteger esta obligación.
- i. 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.
- j. Autorizo a **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- k. Autorizo a que mi información relacionada con el SARLAFT y que repose en el formulario y documentos suministrados a **BANCO FINANINDINA S.A. BIC** 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 o interponer queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente en Bogotá (601) 7455427 y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular 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. (601) 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. (601) 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](mailto:defensoriacardif@ustarizabogados.com) Telefax: (601) 6108161 y (601) 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 condiciones, coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, se encuentran en el Condicionado que el Tomador recibió física y/o electrónicamente y de manera previa a la contratación voluntaria del seguro, el cual fue explicado en detalle y se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes y obtener una respuesta adecuada. Sin perjuicio de lo anterior, el Condicionado se 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 FINANINDINA S.A. BIC** en donde adquirió su seguro.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://Bseg.co/seguro2517> y/o código QR señalado en la presente solicitud a través de cualquier dispositivo móvil.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Manifiesto que antes de aceptar la suscripción de este seguro, me fueron explicadas: 1) las características del producto, conozco y entiendo la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, todos los hechos o circunstancias que lo determinen. Igualmente, que, en caso de faltar a la verdad en dicha declaración, entregar información inexacta, incompleta, u omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a la aseguradora a no asegurarme o a hacerlo en condiciones más onerosas, este seguro estará viciado de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. 2) las coberturas de la póliza, sus amparos, sus exclusiones y su vigencia. 3) los valores Asegurados, el valor de la prima y la forma de pago que estoy autorizando. 4) los procedimientos, canales y medios que puedo utilizar en caso de solicitar una indemnización, requerir cualquier información, o presentar un requerimiento o queja. 5) que, en caso de terminar anticipadamente la vigencia de la póliza, tengo derecho a la devolución de la prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio, al momento de la cancelación puedo autorizar la devolución de los recursos no devengados del seguro o, que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada. 6) que todas las condiciones del producto y los servicios se encuentran disponibles mediante consulta del código QR, o la URL, o en la página web de Cardif Colombia Seguros Generales S.A.

Declaro haber sido debidamente informado, haber leído el presente documento y conocer totalmente los textos de las "Autorizaciones" contenidas en la presente solicitud de seguro.

	Firma del Asegurado	Firma Autorizada <b>CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.</b> NIT 900.200.435-3.	Firma Asesor de Ventas
No de Documento:			
Nombre Ejecutivo Comercial	Cédula Ejecutivo Comercial	Código Ejecutivo Comercial	Ciudad