

**SOLICITUD DE SEGURO**  
**PROTECCIÓN FINANCIERA**

**PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES PARA CRÉDITO DE VEHÍCULOS**

Esta solicitud de seguro hace parte de la póliza N° 24-2502-00001  
NÚMERO DE SOLICITUD: Número del crédito + ID del cliente

**FECHA DE SOLICITUD** DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que Aplican		
	DESEMPLEO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
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.	✓		
Trabajador independiente sin contrato como empleado directo		✓	
Estudiante o ama de casa		✓	
Aplica solamente para el primer diagnóstico de cualquiera de las siguientes 7 enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vasculár, 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. <b>BANCO FINANDINA S.A.</b> NIT 860.051.894-6.	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. <b>CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.</b> NIT 900.200.435-3	En este seguro es el cliente de <b>BANCO FINANDINA S.A.</b> 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, Incapacidad Total Temporal, Enfermedades Graves, el beneficiario será: el **BANCO FINANDINA S.A.**
- Para renta de libre destinación el beneficiario será: **EL ASEGURADO.**

**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	DESEMPLEO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES	RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN
<b>Valores Asegurados</b>	Pago de hasta seis (6) cuotas hasta por cuatro millones de pesos (\$4.000.000) cada una, limitadas al valor de la cuota del crédito de vehículo, estas seis (06) cuotas serán reconocidas en un solo pago. En caso de desempleo el valor de cada cuota no excederá el valor total de la deuda del crédito.	Pago de hasta 6 cuotas hasta por \$4,000,000 de pesos cada una, limitadas al valor de la cuota del crédito de vehículo, en caso de incapacidad total temporal superior a 15 días y de acuerdo a la tabla de tiempo respectiva, sin exceder el valor total de la deuda del crédito.	Pago de hasta doce (12) cuotas hasta por cuatro millones de pesos (\$4.000.000) cada una, limitadas al valor de la cuota del crédito, estas doce (12) cuotas serán reconocidas en un solo pago. En caso de diagnóstico de una de las siete (7) enfermedades graves incluidas en la cobertura, sin exceder el valor total de la deuda del crédito.	I. Renta de Libre Destinación en caso de Desempleo Involuntario: Con ocasión a esta cobertura 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. II. Renta de Libre Destinación en caso de Incapacidad Total Temporal: con ocasión a esta cobertura se reconocerán hasta tres (03) cuotas mensuales cuyo valor ascenderá a doscientos cincuenta mil pesos cada una (\$250.000), de conformidad con la tabla de incapacidad.
<b>Número de eventos a indemnizar por cobertura</b>	Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del crédito, sin perjuicio de lo contenido en el período activo mínimo después de un siniestro.	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.	Ilimitado en la vigencia del crédito, sin que se indemnice un diagnóstico ya repetido o enfermedad preexistente que padezca el asegurado al momento del desembolso del crédito.	Renta de Libre Destinación por Desempleo Involuntario: Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del crédito, sin perjuicio de lo contenido en el período activo mínimo después de un siniestro. Renta de Libre Destinación por Incapacidad Total Temporal: 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.
<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		
<b>Periodo de carencia</b> "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	30 días	90 días	30 días
<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**



VALOR DE LA PRIMA		La vigencia y la prima del seguro serán mensuales. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito, con renovación automática y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente pactado o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación. <b>Importante:</b> 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. <b>Forma de Pago de la Prima:</b> La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito 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 <b>BANCO FINANINDINA S.A.</b> , y será asumido por el asegurado dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin.
SIN IVA:	3,98%	
IVA:	0,76%	
CON IVA:	4,73%	

**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: 30/05/2018-1344-P-24-2500CARDIF2502BF-0R00 y Código de Nota Técnica: 22/03/2018-1344-NT-P-24-22031824PDES0001, 22/03/2018-1344-NT-A-24-22031824PEGS0001.

**AUTORIZACIONES**



- Autorizo expresamente para los fines de la contratación del seguro a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y al Tomador para efectuar todo tratamiento de mi información personal, necesario para el cumplimiento de los deberes legales y contractuales de las partes, pudiendo compartir información del asegurado con el Tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementada o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior. Autorizo transferir y transmitir mis datos personales con terceros a nivel Nacional e internacional. Esa transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria en el presente seguro. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, siempre que los mismos resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro; conozco que la revelación de estos datos sensibles es facultativa. Conozco 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](http://www.bnpparibascardif.com.co) enlace "Privacidad".*
- 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 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, Luis Humberto Ustáriz González. Correo electrónico: [defensoriacardif@ustarizabogados.com](mailto: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 de Banco Finandina S.A. en donde adquirió su seguro.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <https://condicionadosweb.cardif.com.co:9443/250224201606> 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 el asesor del Banco identificado en este documento, me informo que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicó 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

	Firma del Asegurado No de Documento: _____		Firma Asesor de Ventas
	Nombre Ejecutivo Comercial	Cédula Ejecutivo Comercial	Código Ejecutivo Comercial