

# Certificado individual Póliza de seguro Vida Grupo Deudores

La presente solicitud de seguro aplica para el Seguro de Vida Grupo Deudores Crédito de Vehículo y Leasing, Libre inversión y Libranza y el Seguro de Vida Grupo Voluntario (Doble Vida)



Compañía de Seguros

Datos del tomador
Razón social: Banco Finandina S.A.

Información del asegurador
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____ Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>
Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
Dirección domicilio: _____ Teléfono fijo: _____ Ciudad / Municipio: _____ Departamento: _____
Correo electrónico: _____ Lugar y fecha de nacimiento: <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/> Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso: _____ KG Estatura: _____ M
Deportes que practica: _____ Ocupación: _____ Valor crédito (seguro de grupo deudores) : _____ \$

Beneficiarios en caso de fallecimiento para el seguro de Vida Grupo Deudores						
No. Documento de identidad	Nombres y apellidos	Teléfono	Ciudad	Edad	Afinidad	%

Declaración de asegurabilidad			
¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			
Patología / enfermedad	Observaciones ( Detalle información preguntas anteriores)		
Hipertensión Arterial Controlada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Colesterol Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Triglicéridos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Túnel metacarpiano Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Manguito rotador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Patología / Enfermedad	Fecha comienzo	Tratamiento

Póliza de seguro de Vida Grupo Voluntario	
¿Solicita Seguro de Vida Grupo Voluntario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Amparos del seguro Voluntario:</b> - Amparo básico de muerte - Indemnización adicional Y beneficios por desmembración - Incapacidad total y permanente - Enfermedades graves - Auxilio funerario	<b>Asistencias</b> - Orientación jurídica telefónica - Misión de conceptos jurídicos - Asistencia jurídica preliminar - Documentos - Referencia de médicos especialistas - Asistencia nutricional telefónica - Manejo de agenda (citas médicas y medicamentos) - Orientación telefónica tecnológica - Referencia sobre planes de viajes - Referencia de cursos/ talleres

Beneficiarios en caso de fallecimiento para el seguro de Vida Grupo Deudores						
No. Documento de identidad	Nombres y apellidos	Teléfono	Edad	Afinidad	%	

Clausula de autorización
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1 ) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <a href="https://www.aseguradorasolidaria.com.co">https://www.aseguradorasolidaria.com.co</a> 2 ) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre atos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3 ) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por ésta o a quien la represente, para: recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar:
a) Mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual b) Los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Mis datos personales sensibles incluyendo la historia clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012; para transmitir y transferir mis datos personales a terceros países, siempre y cuando se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012

Información adicional
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente: - Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. - Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____
Constancia de asesoría: "Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo".
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella índice derecho
_____ Nombres y apellidos
_____ Firma solicitante C.C.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD -SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SOLICITUD INDIVIDUAL FINANADINA FM-GOPE-66

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## A. Seguro de vida grupo deudores crédito de Vehículo y Leasing, Libre Inversión y Libranza

**1. Tomador**  
Banco Finandina

**2. Grupo asegurado**  
Deudores del banco Finandina

**3. Beneficiario**  
Banco Finandina adquiere en todos los casos la calidad de beneficiario a título oneroso, hasta el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado; entendiéndose como saldo insoluto el saldo de capital, más intereses corrientes, más intereses de mora, más honorarios jurídicos y todos los demás conceptos que hayan sido reportados y sobre los cuales se haya calculado la prima cobrada.  
En caso de existir un remanente, será pagado a los demás beneficiarios.

**4. Cobertura del seguro**  
La cobertura de la póliza será el tiempo que transcurra entre la firma del pagaré ó contrato de leasing, desembolso del crédito, o activación del producto cuando aplique, y el pago total del mismo incluyendo las prórrogas y renovaciones.

**5. Amparos**  
**5.1. Básico**

**5.1.1 Muerte por cualquier causa:**  
Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio, suicidio, muerte accidental, desaparición y terrorismo, desde el primer día de vigencia del seguro y sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza. La suma asegurada individual será igual al saldo insoluto de la deuda, entendiéndose por éste el capital no pagado, más los intereses corrientes, intereses de mora y primas de seguro no canceladas, siempre y cuando estos factores se hayan tenido en cuenta para el cálculo de la prima.

**5.2 Incapacidad total y permanente:**  
Cubre la incapacidad total y permanente que al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por La ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, sea igual o superior al 50%, siempre y cuando la fecha de estructuración de la incapacidad se haya dado dentro de la vigencia de la póliza.

Para los asegurados que hagan parte del régimen especial, la compañía indemnizará con base en la calificación de invalidez expedida por el ente calificador de su entidad, sin necesidad de presentar calificación de invalidez emitida por la Junta Médica Regional, EPS, ARL o AFP.  
Una vez afectado este amparo cesará la responsabilidad de la compañía.

**5.3 Auxilio funerario muerte accidental:**  
La compañía otorga como indemnización adicional un valor de \$1.000.000 por auxilio funerario por muerte accidental, los cuales serán entregados a los beneficiarios designados o de ley.

**5.4 Rentas de canasta familiar por muerte o por incapacidad total y permanente:**  
Renta por muerte y/o incapacidad total y permanente, por un monto de doscientos mil pesos (\$200.000) hasta por 5 meses para un total de un millón de pesos (\$1.000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional. El pago de la renta se puede realizar a un pago único.

**6. Asistencias:**

**6.1 Orientación jurídica telefónica:**  
En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

**6.2 Emisión de conceptos jurídicos:**  
Previo análisis de la información aportada por el asegurado y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial, derecho policivo y laboral.

**6.3 Asistencia jurídica preliminar:**  
En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.

**6.4 Documentos:**  
En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. esta cobertura incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación.

**6.5 Asistencia nutricional telefónica:**  
Por solicitud del asegurado se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientarlo en alternativas alimentarias convenientes por condiciones bien sea de salud o médicas.

**6.6 Manejo de agendas (citas médicas y medicamentos):**  
Por solicitud del asegurado, continental coordinará cualquier cita médica o recordará la ingesta de medicamentos según se programe.

**6.7 Orientación telefónica tecnológica:**  
En caso de presentarse una falla en el computador, ya sea configuración de periféricos y su instalación, instalación de anti spyware (adware), instalación de anti virus y filtrado de contenidos, instalación y configuración de so y diagnóstico y asesoramiento en problemas del pc, el asegurado tendrá acceso al técnico en línea, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja.

**6.8 Referencia de médicos especialistas:**  
Por solicitud del asegurado, se dará referencia de médicos especialistas a nivel nacional.

**6.9 Referencias sobre planes de viajes:**  
Por solicitud del asegurado, se dará referencia sobre las mejores alternativas de viajes, así como opciones de aseguramiento y planeación.

**6.10 Referencias de cursos / talleres:**  
Por solicitud del asegurado, se dará referencia sobre cursos disponibles para el adulto mayor.

**7. Edades de ingreso y permanencia:**

**Crédito de vehículo y leasing, libre inversión:**

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
Básico (muerte por cualquier causa), auxilio funerario muerte accidental y renta de canasta familiar por muerte.	18 Años	75 Años + 364 días	Ilimitada
Incapacidad total y permanente y rentas de canasta familiar por incapacidad total y permanente		70 Años + 364 días	74 Años + 364 días

**Crédito de Libranza:**

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
Básico (muerte por cualquier causa), auxilio funerario muerte accidental y renta de canasta familiar por muerte.	18 Años	80 Años + 364 días	Ilimitada
Incapacidad total y permanente y rentas de canasta familiar por incapacidad total y permanente		70 Años + 364 días	74 Años + 364 días

**8. Valor asegurado**

**8.1 Crédito de vehículo y leasing, libre inversión y libranza:**  
Será el valor inicial desembolsado y este se mantendrá por la vigencia de la financiación. éste será el valor a reconocer y pagar por la compañía de seguros como indemnización al primer beneficiario de la póliza, a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la entrega de la documentación requerida en forma completa. en caso de existir remanentes, estos serán pagados a los demás beneficiarios en su orden. en otro caso serán entregados a los beneficiarios legales.

**8.1.1 Límite asegurado combinado por deudor:**  
Créditos o leasing vehículos y leasing de maquinaria y equipo: mil millones de pesos (\$1.000.000.000).

En la combinación de varios créditos en las diferentes líneas: dos mil quinientos millones de pesos (\$2.500.000.000)

Créditos de libranza para asegurados menores a 75 años más 364 días: trescientos millones de pesos (\$300.000.000).

Créditos de libranza entre 76 años más 364 días: treinta millones de pesos (\$30.000.000)

## B. Seguro vida grupo voluntario Doble Vida

**1. Tomador**  
Banco Finandina

**2. Grupo asegurado**  
Deudores del Banco Finandina que voluntariamente adquieran el seguro de vida.

**3. Beneficiario**  
Los beneficiarios son los designados por el asegurado en la declaración de asegurabilidad, o en su defecto los de ley.

**4. Cobertura del seguro**  
La cobertura de la póliza será el tiempo que transcurra entre la firma del pagaré ó contrato de leasing, desembolso del crédito, o activación del producto cuando aplique, y el pago total del mismo incluyendo las prórrogas y renovaciones.

**5. Amparos**

**5.1. Básico**  
**5.1.1 Muerte por cualquier causa:**  
Amparar contra el riesgo de muerte a cada uno de los miembros del grupo asegurado, incluye homicidio, suicidio, muerte accidental, desaparición y terrorismo, desde el primer día de vigencia del seguro y sida diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza.

**5.2 Incapacidad total y permanente:**  
Cubre la incapacidad total y permanente que al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, sea igual o superior al 50%, siempre y cuando la fecha de estructuración de la incapacidad se haya dado dentro de la vigencia de la póliza.

Para los asegurados que hagan parte del régimen especial, la compañía indemnizará con base en la calificación de invalidez expedida por el ente calificador de su entidad, sin necesidad de presentar calificación de invalidez emitida por la Junta Médica Regional, EPS, ARL o AFP.  
Una vez afectado este amparo cesará la responsabilidad de la compañía.

**5.3 Indemnización adicional y beneficios por desmembración**

Cubre la muerte accidental y la pérdida funcional o anatómica que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza, siempre y cuando este ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.  
En desmembración aplica según tabla de porcentaje de pérdida que se encuentran en el clausulado general de la póliza.

**5.4 Enfermedades graves**

Se pagará al asegurado el valor contratado en caso que durante la vigencia de este amparo le sea diagnosticada por primera vez y durante la vigencia de la póliza cualquiera de las siguientes enfermedades descritas en las condiciones generales de la póliza:

1. Cáncer (incluye: leucemia, linfomas, enfermedad de hodgkin, melanoma maligno)
2. Infarto al miocardio
3. Insuficiencia renal crónica
4. Accidente cerebro vascular
5. afección de arteria coronaria que exija cirugía
6. trasplante de órganos vitales (corazón, pulmón, hígado, páncreas, intestino delgado y medula ósea). La indemnización opera como anticipo del 60% del amparo básico de vida incapacidad total y permanente.

**5.5 Auxilio funerario**

Si durante la vigencia de la póliza el asegurado llegase a fallecer, a consecuencia de un evento amparado, la compañía indemnizará el valor asegurado contratado.

**6. Asistencias**

Las mencionadas en el numeral 6 de las condiciones seguro de vida grupo deudores crédito de vehículo y leasing, libre inversión y libranza.

**7. Edades de ingreso y permanencia:**

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
Básico (Muerte por cualquier causa)	18 Años	75 Años + 364 días	Ilimitada
Incapacidad total y permanente		70 Años + 364 días	74 Años + 364 días
Indemnización adicional y beneficios por desmembración		75 Años + 364 días	Ilimitada
Enfermedades graves		59 Años + 364 días	64 Años + 364 días
Auxilio funerario		75 Años + 364 días	Ilimitada

**8. Valor asegurado**

Amparo	Valor asegurado
Básico (Muerte por cualquier causa)	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$ 300.000.000
Incapacidad total y permanente	
Indemnización adicional y beneficios por desmembración	El 60% del amparo básico e incapacidad total y permanente
Enfermedades graves	
Auxilio funerario	El 10% del amparo básico

**9. Documentos para la reclamación seguro Vida Grupo Deudores y/o vida grupo voluntario:**

Los siguientes son los documentos que se exigirá para atender una reclamación por siniestro de muerte o incapacidad total, según sea el caso:

- a. Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- b. Registro civil de defunción
- c. Certificado del médico, prueba de defunción y/o historia clínica, si la muerte fue natural.
- d. Acta de levantamiento del cadáver o certificación de la fiscalía, en caso de muerte accidental.
- e. Formulario de reclamación
- f. Saldos del crédito al momento del fallecimiento, certificados por el revisor fiscal, auditor interno, contador o cualquier otra persona autorizada por el tomador.
- g. Pagaré o copia del mismo de los créditos otorgados.
- h. Calificación de la incapacidad total y permanente emitida por la entidad competente. Para los asegurados que hagan parte del régimen especial, la aseguradora deberá garantizar que la indemnización por itp se hará con base en la calificación de invalidez expedida por el ente calificador de su entidad.
- i. Declaración de asegurabilidad.
- j. Los demás que la compañía estime pertinentes para la acreditación de la ocurrencia y cuantía.

**10. Clausulado**

Recomendamos al asegurado leer el presente clausulado, donde se detallan los amparos y exclusiones de la póliza. así mismo lo puede consultar en la página del banco Finandina [www.bancofinandina.com](http://www.bancofinandina.com) Aseguradora Solidaria de Colombia

[www.aseguradorasolidaria.com.co](http://www.aseguradorasolidaria.com.co) de conformidad con el parágrafo del artículo 1047 del código de comercio, lo no contenido en este clausulado, se tendrán como condiciones generales las depositadas en la superintendencia financiera. para la póliza de seguro de vida grupo clausulado **22/03/2019-1502-p-34-perso-cl-susv-06-dr0i** y vida grupo deudores clausulados **08/04/2019-1502-p-34-persocl-susv-04-d00i**.