

De los productos de seguro que el tomador ha convenido con la aseguradora, por favor seleccione los que usted desea adquirir:

Póliza Vida Grupo N°:
 Póliza Vida Deudor N°:
 Póliza de Desempleo N°:
 Póliza de Accidentes Personales N°:

La información aquí contenida puede corresponder a datos personales sensibles, los cuales serán tratados con la reserva y confidencialidad exigida por la normatividad vigente. Dicha información será utilizada con la única finalidad de conocer el estado del riesgo dentro del proceso de suscripción del contrato de seguro. Conteste todas las preguntas sinceramente y con absoluta veracidad, ya que la inexactitud en la información suministrada produce la nulidad relativa del contrato de seguro.

1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre / Razón social: NIT: Fecha inicio vigencia:

2. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos: Nombres:
 Tipo documento: N°: Fecha expedición: Lugar expedición:
 Nacionalidad: Fecha nacimiento: Estado civil: Sexo: M F
 Dirección residencia: Departamento: Ciudad:
 Teléfono: Celular: Correo electrónico:
 Ocupación: Tipo contrato: Salario: Valor asegurado:
 ¿Es usted ciudadano estadounidense o posee Green Card?: Sí No Si su respuesta es sí, ¿tiene permiso de trabajo en Colombia? Sí No

Tipo de documento: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia).

3. AMPAROS

Los amparos incluidos en la(s) póliza(s) de (los) seguro(s) que se solicita(n) serán los convenidos por la aseguradora con el tomador para el grupo asegurable, siempre y cuando el solicitante sea elegible para cada uno de esos amparos, de conformidad con las condiciones contenidas o anexas a este documento. La aseguradora comunicará al tomador de la póliza por cualquier vía, la aceptación, rechazo o aplazamiento de su solicitud de seguro. En caso de aceptación, la fecha de la comunicación corresponderá a la fecha a partir de la cual se entenderá que usted queda habilitado para ser incluido en el grupo asegurado Para ver las Condiciones Generales de las pólizas, por favor ingresar a la página web www.zurichseguros.com.co > Nuestros Productos > Clausulados. Si necesita copia física de las mismas, por favor solicítelas al correo atencioncliente@zurich.com.

4. BENEFICIARIOS (Diligenciar en caso de aplicar)

ID	N° Identificación	%	Apellidos, Nombres	Parentesco	Producto/Póliza
	860.051.894-6		BANCO FINANDINA S.A.		

Si requiere más campos adicionales para relacionar sus beneficiarios, por favor solicitar el formato de designación o actualización de beneficiarios. La suma de los porcentajes asignados a cada uno de los beneficiarios debe ser el 100% en cada uno de los productos. En caso de no hacer distinción de beneficiarios por productos, se entenderá que son los mismos para todos los productos.

ID: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia), TI (Tarjeta de Identidad), RC (Registro Civil).
 Parentesco: PR (Progenitor [Padre - Madre]), CP (Compañero[a] Permanente), HI (Hijo), FA (Familiar).
 Producto/Póliza: VG (Vida Grupo), VD (Vida Deudor), D (Desempleo), AP (Accidentes Personales).

5. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Yo, el abajo firmante, declaro que:

A la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida (seleccione): Sí No

A continuación marque la casilla correspondiente, si padece alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones de salud:

Mental - psiquiátrica Renal Cardiovascular Gastrointestinal Cerebrovascular Pulmonar
 Hipertensión arterial Cáncer SIDA Diabetes Drogadicción Artritis
 Tabaquismo Cigarrillos diarios: 5 o menos 6 a 20 21 o más Alcoholismo Tragos semanales: 5 o menos 6 a 20 21 o más

En caso de padecer o haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente, o en caso de padecer o haber padecido una enfermedad distinta y/o cirugías explique:

Enfermedad: Año de diagnóstico:

Tratamiento actual:

Adicionalmente, para fines del control de su estado de salud, solicitamos la siguiente información: Peso (Kg.): Estatura (m.):

Condicionado aplicable: 22/06/2021-1309-P-34-VG-DEUDO-PLUS-01-D001 y 22/06/2021-1309-NT-P-34-VG-DEUDO-PLUS-01

Para resolver inquietudes acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de tus datos personales y cómo tramitar una reclamación, contáctanos en la línea 018000 112 723 y en la web: www.zurichseguros.com.co, en donde también podrás encontrar los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.

6. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y OBSERVACIONES

Declaro que yo no me encuentro en servicio activo, ni en ejercicio de funciones como militar, policía, miembros de cuerpos de seguridad, inteligencia, guardaespaldas, vigilancia, o autoridad. De igual forma que no porto armas en ejercicio normal de mis actividades y que no practico ningún deporte peligroso.

Adicionalmente:

Declaro que conozco y acepto que cualquier enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de inicio de la vigencia, no será cubierta por este seguro. Conozco y entiendo que la póliza de seguro se expedirá en consideración a la veracidad de las declaraciones contenidas en esta solicitud y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro quedará viciado de nulidad. **Zurich Colombia Seguros S.A.** se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que mis declaraciones no correspondían a mi verdadero estado de salud, profesión, ocupación u oficio en el momento de aceptarse el seguro (Artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Declaro expresamente que: 1) Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 2) La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3) Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas. 4) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividades o negocio):

Origen de ingresos:

Firma:

Número documento:

Autorizo expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorizo que informe a esas mismas.

Conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario No. 3380 de 1981, autorizo a **Zurich Colombia Seguros S.A.** para que pueda conocer todas mis condiciones de salud que posea dentro de una historia clínica cualquier médico, cirujano, entidad médica u hospitalaria, compañía de seguros o de medicina propagada, entidad promotora de salud (EPS), aseguradora de riesgos laborales (ARL) que con carácter profesional me hayan atendido en cualquier época de mi vida. Renuncio, por lo tanto, a todas las disposiciones de la ley y de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES: Autorizo a **Zurich Colombia Seguros S.A.**, Nit. 860.002.534-0, con domicilio principal en la Calle 116 # 7- 15 of. 1201 de Bogotá, como responsable del tratamiento de datos personales y biométricos, para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros que se celebre, durante su etapa precontractual y poscontractual, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, grabada, para efectos de 1). El trámite de mi solicitud de vinculación como tomador, asegurado y/o beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor; 2). El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción de riesgos; 3). La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; 4). El control y la prevención del fraude; 5). La liquidación y pago de siniestros; 6). En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de coaseguradores y/o reaseguradores y/o ajustadores; 7). Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 8). La elaboración de estudios técnico - actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora; 9). Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA; 10). Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; 11). La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo; 12). Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; 13). Gestión de cobranza de forma directa y/o a través de los terceros debidamente autorizados por **Zurich Colombia Seguros S.A.**, recordatorios de pagos, vencimientos y renovaciones, relacionadas con los productos nuevos y actuales que tenga con LA ASEGURADORA, a través de al menos alguno de los

siguientes canales de contacto: llamada telefónica, mensaje de texto (SMS), correo electrónico, correspondencia física, mensajería por aplicaciones o web (WhatsApp - Apps), de acuerdo con las preferencias seleccionadas en esta autorización y, en ausencia de selección, por llamada telefónica o correo electrónico en los horarios permitidos por la ley.

Autorizo adicionalmente a **Zurich Colombia Seguros S.A.** a transferir los datos personales recolectados en virtud de los contratos de seguro que se celebren: 1). Al (los) intermediario(s) de seguros designados en la(s) póliza(s); 2). A los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior; 3) A FASECOLDA e INVERFAS; 4). A los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores controlados por **Zurich Colombia Seguros S.A.**, por razones de eficiencia en el procesamiento y almacenamiento de los datos.

Declaro que he sido informado de 1). La existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.zurichseguros.com.co y también pueden ser solicitadas al teléfono 601 518 8482 de Bogotá; 2). Que a los titulares de los datos le asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a). Conocer, actualizar y rectificar datos b). Solicitar prueba de la autorización otorgada; c). Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d). Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e). Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f). Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento; g). Elegir los medios por los cuales deseo ser contactado para efectos de gestión comercial, publicitaria y de cobranza, y h). Modificar los horarios en los cuales deseo ser contactado para efectos de gestión comercial, publicitaria y de cobranza, cuando prefiera ser contactado en horarios distintos a los establecidos en la ley; 3). Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales; 4). Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Medio(s) de contacto de preferencia Telefónico SMS Email Correspondencia física Mensajería por aplicaciones o web (WhatsApp - App)

Desea recibir información comercial de interés y promocional a través de estos medios? Sí No

Como constancia de haber leído y aceptado las condiciones particulares que se adjuntan a la solicitud y haber entendido las coberturas, exclusiones y alcance en general de (los) seguro(s) que solicito, y haber leído, entendido y diligenciado el formulario precedente, firmo a continuación:

Nombre: N° identificación: Fecha de firma:

Firma:

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: De acuerdo con lo establecido en los artículos 1068 y 1152 del Código de Comercio, el no pago de la prima dentro del plazo pactado o en su defecto dentro del mes siguiente a su vencimiento, producirá la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura.

Condicionado aplicable: 22/06/2021-1309-P-34-VG-DEUDO-PLUS-01-D001 y 22/06/2021-1309-NT-P-34-VG-DEUDO-PLUS-01

Para resolver inquietudes acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de tus datos personales y cómo tramitar una reclamación, contáctanos en la línea 018000 112 723 y en la web: www.zurichseguros.com.co, en donde también podrás encontrar los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.

AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS

Se cubre muerte por cualquier causa, incluyendo homicidio y suicidio a partir del primer día de vigencia, incluyendo la ocasionada por SIDA siempre y cuando no sea preexistente y no haya sido declarada en el formato de asegurabilidad.

AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

ZURICH ampara el riesgo de incapacidad total y permanente que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente o de una enfermedad que no se encuentre excluido. Una vez la pérdida de capacidad laboral sea igual o superior al 50%, debidamente dictaminada por el ente competente.

Para los asegurados que hagan parte del Régimen Especial, el OFERENTE deberá garantizar que la indemnización por ITP se hará 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. Para los demás casos, la fecha de siniestro será la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente.

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El valor asegurado será el saldo insoluto de la(s) obligación(es) a la fecha de ocurrencia del siniestro, el cual será a la fecha de la correspondiente calificación, si el crédito está otorgado en Unidades de Valor Real el valor se expresará en dichas unidades y se pagarán a la cotización del día al cual corresponde la fecha de ocurrencia del siniestro.

INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL

La vigencia del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados inicia desde la fecha del desembolso del crédito asociado al presente seguro.

VIGENCIA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Mientras exista crédito a cargo del deudor, todos los amparos estarán vigentes, salvo decisión en contrario informada por escrito por parte de BANCO FINANCIERA.

MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

Maximo Valor Asegurado Individual \$500.000.000

EDADES

- Mínima de Ingreso: 18 años
- Máxima de Ingreso: 72 años y 364 días
- Maxima de Permanencia:
 - Para el amparo básico de vida plus:Hasta la cancelación de la deuda
 - Para el amparo de incapacidad total y permanente: 79 años y 364 días

EXCLUSIONES**1. AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS:**

- A. El fallecimiento causado directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, Insurrección, poder militar usurpado o motín.
- B. El fallecimiento como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- C. El fallecimiento causado por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.
- D. El fallecimiento del asegurado que tenga como causa o sea consecuencia de enfermedades o Patologías y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la vigencia del certificado individual de seguro.

Paragrafo: LA COMPAÑIA no estará obligada a proveer cobertura, realizar pagos, prestar servicios u otorgar beneficios al asegurado o a terceros, relacionados con la póliza, en la medida en que dicha Cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del tomador y/o asegurado, sea violatoria de leyes o regulaciones sobre sanciones económicas o comerciales, locales o internacionales que le sean aplicables a ZURICH.

NOTA: Se dejan sin efecto las siguientes exclusiones contenidas en el condicionado general de la póliza para la presente cobertura:

- D. El fallecimiento por participación del asegurado en riñas.
- E. El fallecimiento por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.

- G. El suicidio, si el asegurado se quita la vida antes de haber transcurrido un (1) año desde la fecha de inicio de la primera vigencia del certificado individual

2. AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para los siguientes eventos:

- A. Incapacidad total y permanente por accidente producida por el uso de vehículo o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación, o como pasajero en vuelos no comerciales.
- B. Incapacidad total y permanente causada por la participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo como consecuencia de la participación del asegurado en prácticas, entrenamientos o en competencias de deportes considerados comúnmente como extremos o de alto riesgo.
- C. El estado de coma provocado por el abuso del alcohol, sustancias tóxicas o drogas no prescritas por un médico.
- D. La incapacidad total y permanente por enfermedad que se haya manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual, o por accidente que no haya ocurrido dentro de la vigencia del certificado de seguro

NOTA: Se dejan sin efecto las siguientes exclusiones contenidas en el condicionado general de la póliza para la presente cobertura:

- E. La incapacidad total y permanente por accidente como consecuencia de lesiones ocasionadas por el mismo asegurado, incluida pero no limitada a la tentativa de suicidio.
- F. La incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente en motocicleta, motoneta u otros vehículos a motor de solo 2 ruedas, si el asegurado es menor de 25 años ya sea como conductor o acompañante.

DOCUMENTOS PARA ATENCION DE SINIESTROS**AMPARO BASICO DE VIDA PLUS Y AMPARO ADICIONAL OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS**

Los documentos para reclamación y trámite de indemnizaciones en el ramo de vida Grupo Deudor, serán los siguientes:

- a) Copia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- b) Registro civil de defunción
- c) Liquidación de la obligación estimada a la fecha del posible pago.
- d) Dictamen de pérdida de capacidad laboral, cuando se trate de incapacidad total y permanente. Para los asegurados que hagan parte del Régimen Especial, se acepta que la indemnización por ITP se hará 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.
- e) Acta de levantamiento del cadáver o certificación de la fiscalía que adelanta la investigación, en caso de muerte violenta.
- f) En los casos donde no hay reclamación por parte del Asegurado o Beneficiarios se solicita que solo con el registro civil de defunción sea el Tomador quien reclame y la Aseguradora indemnice automáticamente hasta el saldo insoluto de la deuda o valor certificado.

Para pago a beneficiarios los siguientes serán los requisitos adicionales:

- a) Carta de reclamación dirigida a la aseguradora donde se indiquen circunstancias de tiempo y lugar en la que ocurrieron los hechos.
- b) Documento de identificación de los beneficiarios
- c) Documento que acredite el parentesco
- d) Cualquier otro documento que la compañía aseguradora solicite necesario para el pago de la indemnización.
- e) Historia clínica del asegurado.

Condicionado aplicable: 22/06/2021-1309-P-34-VG-DEUDO-PLUS-01-D001 y 22/06/2021-1309-NT-P-34-VG-DEUDO-PLUS-01

Para resolver inquietudes acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de tus datos personales y cómo tramitar una reclamación, contáctanos en la línea 018000 112 723 y en la web: www.zurichseguros.com.co, en donde también podrás encontrar los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.