



NIT 900.567.947-8

## SOLICITUD DE CRÉDITO PARA FINANCIACIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS REVOCABLES

**DILIGENCIE ESTA SOLICITUD CON TINTA COLOR NEGRO Y LETRA IMPRENTA (TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER VERIFICABLE Y SIN ENMENDADURAS)**

MONTO SOLICITADO \$	PLAZO (EN MESES)	FECHA DE SOLICITUD DD   MM   AAAA	CRÉDITO NÚMERO (Dejar este espacio en blanco)
SUCURSAL DE RADICACIÓN	MARCAR SEGÚN CORRESPONDA FINANCIACIÓN PRIMA DE PÓLIZA AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. <input type="checkbox"/> AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. <input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DEL CRÉDITO (PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA)						
DILIGENCIAR SI ES PERSONA JURÍDICA	RAZÓN SOCIAL / PERSONA JURÍDICA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS, PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL			FECHA DE NACIMIENTO DD   MM   AAAA	
DIRECCIÓN DE CONTACTO (Persona Natural o Jurídica)		DEPARTAMENTO	CIUDAD	BARRIO	OCUPACIÓN	CÓDIGO CIU
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		CIUDAD DE EXPEDICIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		DILIGENCIAR SI ES PERSONA JURÍDICA	DÍGITO DE CHEQUEO NIT O RUT
TELÉFONO DE CONTACTO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			Autorizo la recepción de mensajes de texto en mi celular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN LABORAL PERSONA NATURAL			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	DIRECCIÓN DE TRABAJO	TELÉFONO	CARGO
DEPARTAMENTO	CIUDAD	BARRIO	CORRESPONDENCIA RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PÓLIZAS / CONTRATO						
SUCURSAL	RAMO	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR TOTAL DE PRIMA	VALOR CUOTA INICIAL	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA

PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE FINANCIACIONES		
NOMBRE ANALISTA DE FINANCIACIONES	FIRMA DEL FUNCIONARIO	¿VERIFICÓ LA INFORMACIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA DE VERIFICACIÓN DD   MM   AAAA	APROBADA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES

### SOLICITUD DÉBITO AUTOMÁTICO (Solo diligenciar en caso de solicitar el Débito Automático)

NOMBRE DE LA EMPRESA RECAUDADORA DEL PAGO FINANSEGURO S.A.S.	
Ciudad de la Cuenta	Entidad Financiera
Número de la Cuenta	Tipo de cuenta MARCAR SEGÚN CORRESPONDA Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>
Nombre Titular de la cuenta	Número de Identificación Titular cuenta

Por medio del presente documento autorizo expresamente e irrevocablemente a FINANSEGURO S.A.S para que el valor de la cuota por el crédito otorgado por esta entidad sea debitado de la cuenta arriba mencionada dicho débito automático podrá realizarse desde el inicio de la obligación hasta su cancelación y/o pago total.

Firmar en caso de que autoricen realizar Débito.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ C.C. N° \_\_\_\_\_



## CONDICIONES DE FINANCIAMIENTO DE PRIMAS DE PÓLIZAS DE SEGURO

FINANSEGURO S.A.S. con NIT. 900.567.947-8, de acuerdo con sus políticas y sujeto a análisis y aprobación, ofrece un crédito para el pago de la(s) prima(s) de póliza(s) de seguro expedidas por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y/o AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. La aprobación del crédito constará en la carta de aprobación que será enviada por FINANSEGURO S.A.S. a las direcciones de contacto de la carátula, en la que informarán detalladamente todas las condiciones del crédito, tales como cuantía, cuota, tasa de interés y canales de servicio al cliente, y sólo se generarán efectos jurídicos de la relación comercial a partir de la aprobación del crédito.

FINANSEGURO S.A.S. realizará el desembolso del valor del crédito aprobado directamente a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y/o AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., toda vez que FINANSEGURO S.A.S. es una compañía diferente a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. y por tanto, el incumplimiento de las obligaciones del crédito del pago de la(s) prima(s) no puede justificarse en supuestos relacionados con la(s) póliza(s) de seguro objeto de financiación.

El pago de las obligaciones derivadas del crédito debe ser realizado de forma mensual (mes vencido) sin necesidad de requerimiento previo de FINANSEGURO S.A.S., en las fechas y por los montos establecidos. En el evento que realice el pago de forma extemporánea o parcial, la tasa de interés de mora que debo asumir corresponderá a la máxima legal vigente. La financiación de la(s) póliza(s) permite realizar pagos anticipados de cuotas o saldos en forma total o parcial.

### AUTORIZACIONES

Mediante el presente documento el titular del crédito otorga a FINANSEGURO S.A.S. las siguientes autorizaciones:

1. Autorizo expresa e irrevocablemente a FINANSEGURO S.A.S. o a quien lo represente para solicitar, consultar o reportar ante cualquier entidad que administre bases de datos, todo lo relativo a la información comercial y el cumplimiento de sus obligaciones en cualquier tiempo, dentro de los términos legales. Por tanto, acepto que FINANSEGURO S.A.S. pague la(s) prima(s) única y exclusivamente después de validada y confirmada la veracidad de la información consignada en este documento y/o formulario de conocimiento del cliente.

2. Autorizo a FINANSEGURO S.A.S. o a quien lo represente, para: 1. Realizar gestión telefónica, con el objeto de confirmar mis datos y validar la eficiencia en la entrega de las facturas. 2. Hacer gestión de cobranza por el medio que estime necesario, en caso de incurrir en mora en el pago de las cuotas de financiación. 3. Cobrar los gastos de administración que se deriven del envío de facturas o comprobantes de recaudo, cobranza y demás, relacionados con el crédito del pago de la(s) prima(s).

3. Autorizo a FINANSEGURO S.A.S. a que en caso de renovación de la(s) póliza(s) objeto de financiación envíe a mi dirección de contacto el pre-aprobado del crédito de las primas de la(s) nueva(s) póliza(s), así como las condiciones y la factura del nuevo crédito. FINANSEGURO tomará como aceptación del nuevo crédito el pago del valor de la primera factura enviada, siendo este nuevo crédito válido para todos los efectos legales, con los documentos firmados y soportes aportados por mí en el crédito inicial.

El titular del crédito en su calidad de Tomador y/o Asegurado de la(s) póliza(s) de seguro financiadas(s) por FINANSEGURO S.A.S.:

1. Autoriza y apodera de manera especial, expresa, suficiente e irrevocable a FINANSEGURO S.A.S. para que en el evento de incurrir en mora en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, contraídas y/o que llegare a contraer por concepto de la financiación de primas de seguros, tramite en su nombre y representación: a) La revocación de la(s) póliza(s) objeto de la financiación de primas, b) La devolución y obtención de la prima no devengada y/o el pago de los valores de cesión ahorro o rescate en caso de seguros de vida, c) Aplique el valor de la prima no devengada y/o el valor de rescate al saldo de mi(s) obligación(es) de financiación.

El titular del crédito deberá cumplir con las obligaciones contraídas con FINANSEGURO S.A.S., sin perjuicio de la revocatoria, rescisión, modificación, terminación o inexistencia de la(s) póliza(s) de seguro financiada(s), teniendo en cuenta que cualquier reclamación relacionada o derivada de la(s) póliza(s) deberá ser presentada a la compañía de seguros.

En caso que el valor devuelto por la compañía aseguradora AXA COLPATRIA no alcance a cubrir el saldo total del crédito pendiente de pago, el titular del crédito deberá pagar inmediatamente a FINANSEGURO S.A.S., la(s) obligación(s) pendiente por cancelar. Este pago deberá incluir los intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la ley, los cuales se causarán por cada día de mora hasta la cancelación total de la obligación.

2. Autorizo a la compañía de seguros para que en caso de siniestro(s) cubierto(s) con la(s) póliza(s) financiada(s) y siempre que exista un saldo en la financiación, pague con la indemnización de la póliza de seguro a mi favor, el saldo de la obligación a cargo del titular del crédito de la financiación de la(s) prima(s) de seguros, en primera instancia a FINANSEGURO S.A.S., según la certificación que emita esta compañía con el saldo de lo(s) crédito(s).

3. Autorizo a la compañía de seguros a que en el evento en el cual, por modificaciones a la(s) póliza(s) se generen montos de primas a devolver y/o existan valores de cesión, ahorro o rescate (en caso de seguros de vida) a mi favor, gire ese dinero a FINANSEGURO S.A.S. y ésta lo utilice para abonar a mis obligaciones de crédito pendientes de pago.

4. Autorizo a la compañía aseguradora para que cuando opere la revocatoria de la(s) póliza(s) de seguro por cualquiera de las partes, o la terminación por cualquier causa de aquellas, gire a FINANSEGURO las primas no devengadas hasta el(los) saldo(s) de mi(s) obligación(es) crediticias.

Acepto y conozco que FINANSEGURO S.A.S. no será responsable conmigo, ni con terceros, por la revocación unilateral de la(s) póliza(s) de seguro que solicite y gestione en virtud de mis autorizaciones, toda vez que las autorizaciones aquí otorgadas son la garantía para el otorgamiento del crédito de financiación de la(s) prima(s). Tampoco será responsable en caso de siniestro posterior a la finalización del aseguramiento, ni por los desembolsos que la(s) aseguradora(s) entregue a FINANSEGURO para satisfacer el saldo del crédito a mi cargo.

### ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Para efectos de la presente autorización, FINANSEGURO S.A.S. (en adelante LA COMPAÑÍA) será la entidad responsable del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad de LA COMPAÑÍA y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA a LA COMPAÑÍA su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementan, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LA COMPAÑÍA, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado.

Manifiesto que son facultativas las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles y en las que se recolecten datos de niños, niñas y adolescentes de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013. Finalmente, entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LA COMPAÑÍA ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

ORIGEN DE RECURSOS "declaro que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los fondos utilizados para pagar las cuotas de este contrato son lícitos y provienen de: \_\_\_\_\_".

FINANSEGURO S.A.S. podrá compartir con sus accionistas y con compañías controlantes, contraladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo AXA, o con los aliados de negocios que se sometan a las condiciones de la presente autorización los resultados de los mencionados estudios, análisis, personalizaciones y usos, así como toda la información y datos personales suministrados por mí. G. Reportar, comunicar o permitir el acceso a la información suministrada por mí o aquella de que disponga sobre mí: a. A las centrales de riesgos crediticio, financiero, comercial o de servicios legítimamente constituidas, o a otras entidades financieras de acuerdo con las normas aplicables b. A los terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, de servicios tecnológicos, logísticos, de cobranza, de seguridad o de apoyo general puedan tener acceso a la información suministrada por mí. c. A las personas naturales o jurídicas accionistas de FINANSEGURO S.A.S. y a las sociedades controlantes, contraladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo AXA. d. A las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación. e. A toda otra persona natural o jurídica a quien El titular del crédito autorice expresamente. H. El titular del crédito tendrá el deber de informar cualquier modificación, cambio o actualización necesaria y será responsable de las consecuencias de no haber advertido oportuna e integralmente sobre cualquier modificación, cambio o actualización necesaria. El titular del crédito declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, por razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones.

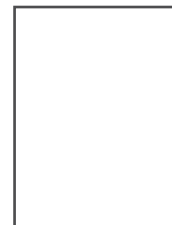
Declaro que FINANSEGURO S.A.S. informo todas y cada una de las condiciones del crédito y, en virtud de tal entendimiento, decido suscribir el presente documento.

Para constancia se suscribe en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_ Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

**Diligenciar si es persona jurídica:**

Razón social \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_  
Calidad en que actúa: (Apoderado, Representante legal)



**INCLUSIÓN SEGURO DEUDORES (PERSONAS NATURALES) ESTOS ESPACIOS SON OBLIGATORIOS SOLO PARA PERSONAS NATURALES.**

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DEUDOR

Con la presente, manifiesto mi deseo de ser incluido como asegurado en la póliza de Grupo Deudores, por lo cual suministro los siguientes datos:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD **MARCAR SEGÚN CORRESPONDA:**

ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA MÉDICA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD? SÍ  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿DESDE CUÁNDO? \_\_\_\_\_

1. El (los) solicitante(s) arriba citado(s) declara(mos), que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mi (nuestro) estado de salud es normal, y que no sufro (sufrimos) ni he (hemos) sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, asma, trastornos inmunológicos o trastornos relacionados con el SIDA.

2. FINANSEGURO S.A.S. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi (nuestro) fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi (nuestro) verdadero estado de salud, en el momento de aceptarse el seguro (Artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio)

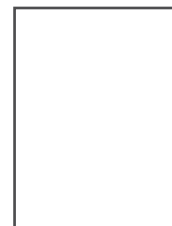
3. Como solicitante(s) de esta póliza, autorizo(amos) expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.

Beneficiario

FINANSEGURO S.A.S. \_\_\_\_\_

ACEPTACIÓN DEL SEGURO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SÍ  NO

Nota: Suscribo este documento en señal de aceptación de las anteriores declaraciones.



FINANSEGURO S.A.S. \_\_\_\_\_ NOMBRE ASEGURADO \_\_\_\_\_ FIRMA ASEGURADO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_



Finanseguro