



NIT 900.567.947-8

## SOLICITUD DE CRÉDITO PARA FINANCIACIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS REVOCABLES / CONTRATO MEDICINA PREPAGADA

**DILIGENCIA 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	FINANCIACIÓN PRIMA DE POLIZA / CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA EXPEDIDA (O) POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. <input type="checkbox"/> AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. <input type="checkbox"/> AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. <input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DEL CRÉDITO (PERSONA NATURAL O 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		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 / PRODUCTO	NÚMERO DE PÓLIZA / CONTRATO	VALOR TOTAL DE PRIMA / CONTRATO	VALOR CUOTA INICIAL	VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA			
					DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
					DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
					DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
					DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE FINANCIACIONES			
NOMBRE ANALISTA DE OFICINA QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN		FIRMA DEL FUNCIONARIO	VERIFICÓ LA INFORMACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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

NOMBRE DE LA EMPRESA RECAUDADORA DEL PAGO FINANSEGURO S.A.S.
--

Número de la Cuenta <input style="width: 90%;" type="text"/>	Entidad Financiera <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	--

Ciudad de la Cuenta <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tipo de cuenta Corriente <input type="radio"/> Ahorros <input type="radio"/>
---	---

Nombre Titular de la cuenta <input style="width: 90%;" type="text"/>	Número de Identificación Titular cuenta <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	---

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 debito automático podrá realizarse desde el inicio de la obligación hasta su cancelación y/o pago total.

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

FORMA P466 - DICIEMBRE 2017

**AUTORIZACIONES PARA REVOCACIÓN DE POLIZA/CONTRATO E INCLUSIÓN POLIZA DE SEGURO DEUDOR**

**AUTORIZACION PARA TRAMITAR REVOCATORIA DE LA POLIZA DE SEGUROS/CONTRATO MEDICINA PREPAGADA**

En mi calidad de Tomador, Asegurado y/o Contratante de la(s) Pólizas/Contrato(s) de Seguros y/o Medicina Prepagada financiada(s) por FINANSEGURO S.A.S. NIT 900.567.947-8 autorizo y apodero 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 mi cargo, contraídas y/o que llegue a contraer por concepto de la financiación de primas y/o cuotas de seguros y Medicina Prepagada, trámite en mi nombre y representación la revocatoria y/o Cancelación de la(s) Pólizas/Contrato(s) cuya prima y/o cuota fue financiada. Igualmente autorizo a la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A Y AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., para utilizar los dineros provenientes de la(s) prima/cuota(s) no devengada(s) y/o fondo de valor de cesión o ahorro en pólizas de vida, para abonar al saldo del crédito y de cualquier suma que se genere en virtud de la financiación de la(s) prima/cuota(s). Igualmente manifiesto que autorizo desde ya la aplicación que la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A Y AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., de los citados dineros, para cancelar el saldo de mi obligación derivada de la financiación de la(s) pólizas/Contrato(s) de seguros o Medicina Prepagada, que quedan constituidas como garantía de pago del crédito de financiación; en caso de revocación, rescisión o terminación la(s) pólizas/contrato(s) de seguro o Medicina Prepagada en forma anticipada. Igualmente autorizo a FINANSEGURO S.A.S.; para recibir dichos valores y para que los aplique al pago del saldo de la obligación a mi cargo.

**OTRAS AUTORIZACIONES PARA LAS ASEGURADORAS/COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA**

Autorizo a la compañía de seguros/compañía de medicina prepagada Para: 1. Que en caso de siniestro por perdida total, del monto que resulte a cargo de la aseguradora por concepto del pago del mismo, se pague en primera instancia a FINANSEGURO S.A.S. el saldo de la obligación a mi cargo correspondiente a la financiación de primas. 2. En caso de disminuirse el valor asegurado y/o del contrato, el saldo que con ocasión de esta disminución se genere a mi favor. sea utilizado directamente por la aseguradora/compañía de Medicina Prepagada para abonar a mis obligaciones contraídas con dicha entidad.

**OTRAS AUTORIZACIONES PARA FINANSEGURO S.A.S**

Autorizo a FINANSEGURO S.A.S. o a quien lo represente. 1. Para realizar gestión telefónica con el objetivo de confirmar mis datos y validar la eficiencia en la entrega de los extractos. 2. Para hacer gestión de cobranza por los diferentes medios en caso de incurrir en mora en el pago de las cuotas de la financiación. 3. Para cobrar gastos de administración que se generan por concepto de envío de extractos, cuentas de cobro y otros, valor que podrá ser reajustado.

Autorizo expresa e irrevocablemente a FINANSEGURO S.A.S o a quien lo represente para solicitar, consultar o reportar ante cualquier entidad que administre base de datos, todo lo relativo a mi información comercial y al cumplimiento de mis obligaciones en cualquier tiempo, dentro de los términos legales.

Acepto que el pago efectivo de la prima y/o cuota se efectúe única y exclusivamente después de validada y confirmada la veracidad de la información consignada en la presente solicitud y/o formulario de conocimiento del cliente.

Autorizo a la compañía de FINANSEGURO S.A.S., para utilizar los dineros provenientes de los saldos en los créditos, con el fin de que sean abonados a la(s) póliza /Contratos(s) de seguro o Medicina Prepagada.

Autorizo para que se pueda hacer modificaciones en el valor del crédito originalmente desembolsado, en los saldos pendientes y en las cuotas mensuales inicialmente pactadas, en caso de presentarse aumento del valor financiado por concepto de primas/cuotas correspondientes a nuevos anexos/novedades de las pólizas/contratos financiados por el deudor del crédito, siempre y cuando el deudor cumpla los requisitos y políticas establecidas para dicho aumento.

Así mismo, en caso de renovación de la(s) póliza(s), autorizó el envío del preaprobado con las condiciones y extracto de pago del nuevo número de crédito. En cualquier caso, por menor, mayor o igual valor, entendiéndose como aceptación del mismo, el pago del valor enviado en el extracto; siendo este nuevo crédito, válido para todos los efectos legales con los documentos firmados y soportes aportados por el cliente en el crédito inicial.

**PAGARE N°**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre y/o en calidad de representante legal de \_\_\_\_\_ pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de FINANSEGURO S.A.S., o de quien hiciera sus veces, en sus oficinas ubicadas en la ciudad de Bogotá, D.C., el día \_\_\_\_\_ ( ) del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ ( ) la suma total de \_\_\_\_\_ pesos moneda corriente (\$) el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Esta suma se discrimina así:

a) Capital	\$ _____	e) Otros	\$ _____
b) Interese de plazo	\$ _____	f) IVA / Intereses	\$ _____
c) Intereses de Mora	\$ _____	g) Gastos	\$ _____
d) Primas/cuotas de seguros y/o Medicina Prepagada	\$ _____	h) IVA Gastos	\$ _____

A partir del vencimiento, pagaré sobre los valores indicados en los literales a), d) y e) anteriores, intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de que igualmente se paguen sobre los conceptos indicados en los literales b) y c), en los términos del artículo 886 del Código de Comercio, para lo cual la firma de este documento se entenderá como acuerdo posterior al vencimiento. Todos los gastos, honorarios e impuestos ocasionados por la suscripción, cobro extrajudicial o judicial de este título valor, correrán por cuenta exclusiva de su otorgante.

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARE N° \_\_\_\_\_**

- FINANSEGURO S.A.S.** podrá diligenciar los espacios en blanco del pagaré en cualquiera de los siguientes eventos:
  - El no pago oportuno de cualquier suma de dinero que, conjunta o separadamente, debiera a FINANSEGURO S.A.S. por concepto de capital, intereses capitalizados, corrientes y/o mora, primas/cuotas de seguro y/o Medicina Prepagada, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza extrajudicial y/o judicial o cualquier otro, derivados del otorgamiento de la financiación de las primas/cuotas de seguros y/o Medicina Prepagada.
  - La admisión y/o declaratoria del firmante de esta carta en cualquier proceso o trámite de índole concursal y/o liquidatorio.
  - Insolvencia del firmante de esta carta o la verificación de cualquier hecho que lo coloque en circunstancias que dificulten y/o imposibiliten el incumplimiento de sus obligaciones para con FINANSEGURO S.A.S. a juicio de la Compañía.
  - Disolución, liquidación, muerte o interdicción del firmante de la presente carta.
  - Si el firmante de esta carta es embargado o perseguido en juicio, en ejercicio de cualquier acción o se demeritare o depreciare su patrimonio de modo que dejare de ser suficiente garantía para FINANSEGURO S.A.S. a juicio de la Compañía.
  - Si el firmante de esta carta comete inexactitudes, reticencia, imprecisiones o fraudes en balances, certificaciones, informes o declaraciones que efectúe o suministre a FINANSEGURO S.A.S.
- FINANSEGURO S.A.S.** diligenciará el espacio correspondiente a la fecha de vencimiento del pagaré, estableciendo como tal aquella en la que se llenen sus espacios en blanco.
- FINANSEGURO S.A.S.** diligenciará el espacio correspondiente al valor del pagaré, con la cifra que resulte de la suma de todas las obligaciones a cargo del firmante de esta carta, al momento de diligenciar los espacios en blanco, se encuentren vencidas o no, por concepto de capital, intereses capitalizados, corriente y/o mora, primas/cuotas de seguro y/o Medicina Prepagada, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza extrajudicial y/o judicial o cualquier otro, derivados del otorgamiento de la financiación de las primas/cuotas de seguros y/o Medicina Prepagada por FINANSEGURO S.A.S.
- Las obligaciones a mi cargo se establecerán por los libros, registros y comprobantes de FINANSEGURO S.A.S los cuales acepto en todo lo concerniente a dicha obligación.
- Declaro que copia de esta carta de instrucciones ha quedado en mi poder.

Se firma el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
C.C.

ORIGINAL FINANSEGURO



HUELLA

**ANEXO DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS**

Declaro que toda información que he suministrado y suministraré a FINANSEGURO S.A.S. a través de cualquier medio, es veraz, actual, completa, exacta y pertinente. Autorizo libremente y de manera expresa a FINANSEGURO S.A.S. 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 lleve a cabo todas las actividades necesarias para: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios solicitados 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) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios financieros, comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros, v) 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. En consecuencia, para las finalidades descritas, FINANSEGURO S.A.S. podrá: A. Conocer, almacenar y procesar toda la información suministrada por mí en una o varias bases de datos, en el formato que estime más conveniente. B. Ordenar, catalogar, clasificar, dividir o separar la información suministrada por mí. C. Verificar, corroborar, comprobar, validar, investigar o comparar la información suministrada por mí, con cualquier información de que disponga legítimamente, incluyendo aquella conocida por sus matrices, subordinadas, afiliadas o cualquier compañía del Grupo AXA. D. Acceda, consulte, compare y evalúe toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. E. Analice, procese, evalúe, trate o compare la información suministrada por mí. A los datos resultantes de análisis, procesamientos, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgo en este documento para la información suministrada por mí. F. Estudie, analice, personalice y utilice la información suministrada por mí para el seguimiento, desarrollo y/o mejoramiento, tanto individual como general, de condiciones de servicio, administración, seguridad o atención, así como para la implementación de planes de mercadeo, campañas, beneficios especiales y promociones. FINANSEGURO S.A.S. podrá compartir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, 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. Reporte, comunique o permita el acceso a la información suministrada por mí o aquella de que disponga sobre mí, a. A las centrales de riesgo 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, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial. 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 CLIENTE autorice expresamente. H. EL CLIENTE 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 CLIENTE declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones.

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO**

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,**

**ULTIMA FECHA DE CONSULTA MEDICA** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO** \_\_\_\_\_

**PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD** SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_

**TOMA ALGÚN MEDICAMENTO** SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_

**DESDE CUANDO** \_\_\_\_\_

1. El (los) solicitante(s) arriba citado(s) declara(amos), que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mí (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 mí (nuestro) fallecimiento se compruebe que esta declaración **no** corresponde a mí (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/contrato, autorizo(amos) expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de Seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a Seguros Colpatria S. A. mí 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** SI  NO

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



\_\_\_\_\_  
**FINANSEGURO S.A.S.**      **NOMBRE DEL ASEGURADO**      **FIRMA DEL ASEGURADO**      **C.C.**  
 Firma Autorizada

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARE N°**

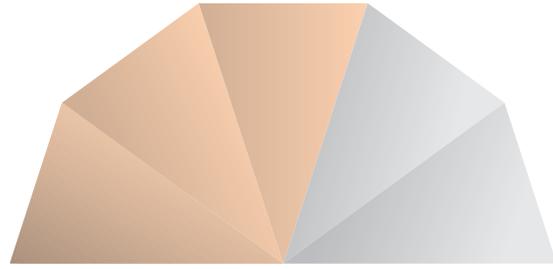
1. **FINANSEGURO S.A.S.** podrá diligenciar los espacios en blanco del pagaré en cualquiera de los siguientes eventos:
  - a) El no pago oportuno de cualquier suma de dinero que, conjunta o separadamente, debiera a FINANSEGURO S.A.S. por concepto de capital, intereses capitalizados, corrientes y/o mora, primas/cuotas de seguro y/o Medicina Prepagada, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza extrajudicial y/o judicial o cualquier otro, derivados del otorgamiento de la financiación de las primas/cuotas de seguros y/o Medicina Prepagada
  - b) La admisión y/o declaratoria del firmante de esta carta en cualquier proceso o trámite de índole concursal y/o liquidatorio.
  - c) Insolvencia del firmante de esta carta o la verificación de cualquier hecho que lo coloque en circunstancias que dificulten y/o imposibiliten el incumplimiento de sus obligaciones para con FINANSEGURO S.A.S. a juicio de la Compañía.
  - d) Disolución, liquidación, muerte o interdicción del firmante de la presente carta.
  - e) Si el firmante de esta carta es embargado o perseguido en juicio, en ejercicio de cualquier acción o se demeritare o depreciare su patrimonio de modo que dejare de ser suficiente garantía para FINANSEGURO S.A.S. a juicio de la Compañía.
  - f) Si el firmante de esta carta comete inexactitudes, reticencia, imprecisiones o fraudes en balances, certificaciones, informes o declaraciones que efectúe o suministre a FINANSEGURO S.A.S.
2. **FINANSEGURO S.A.S.** diligenciará el espacio correspondiente a la fecha de vencimiento del pagaré, estableciendo como tal aquella en la que se llenen sus espacios en blanco.
3. **FINANSEGURO S.A.S.** diligenciará el espacio correspondiente al valor del pagaré, con la cifra que resulte de la suma de todas las obligaciones a cargo del firmante de esta carta, al momento de diligenciar los espacios en blanco, se encuentren vencidas o no, por concepto de capital, intereses capitalizados, corriente y/o mora, primas/cuotas de seguro y/o Medicina Prepagada, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza extrajudicial y/o judicial o cualquier otro, derivados del otorgamiento de la financiación de las primas/cuotas de seguros y/o Medicina Prepagada por FINANSEGURO S.A.S.
4. Las obligaciones a mi cargo se establecerán por los libros, registros y comprobantes de FINANSEGURO S.A.S., los cuales acepto en todo lo concerniente a dicha obligación.
5. Declaro que copia de esta carta de instrucciones ha quedado en mi poder.

Se firma el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**      **FIRMA**      **C.C.**

**COPIA CLIENTE**





Finanseguero