



NIT 900.567.947-8

**SOLICITUD DE CRÉDITO PARA FINANCIACIÓN
DE PÓLIZAS DE SEGUROS REVOCABLES / CONTRATO MEDICINA PREPAGADA****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	CRÉDITO NÚMERO (Dejar este espacio en blanco)
SUCURSAL DE RADICACIÓN	FINANCIACIÓN PRIMA DE PÓLIZA / CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA EXPEDIDA (O) POR AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. ☐ AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. ☐ AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. ☐		

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
DIRECCIÓN DE CONTACTO (Persona Natural o Jurídica)		DEPARTAMENTO	CIUDAD	BARRIO	OCUPACIÓN
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ RUT ☐ NIT ☐		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 ☐ NO ☐

INFORMACIÓN LABORAL PERSONA NATURAL			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		DIRECCIÓN DE TRABAJO	TELÉFONO
DEPARTAMENTO		CIUDAD	CARGO
		BARRIO	CORRESPONDENCIA RESIDENCIA ☐ OFICINA ☐ E-mail ☐

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

PARA USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE FINANCIACIONES		
NOMBRE ANALISTA DE OFICINA QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN	FIRMA DEL FUNCIONARIO	VERIFICO LA INFORMACIÓN SI ☐ NO ☐
NOMBRE ANALISTA DE FINANCIACIONES	FIRMA DEL FUNCIONARIO	VERIFICO LA INFORMACIÓN SI ☐ NO ☐
FECHA DE VERIFICACIÓN	APROBADA SI ☐ NO ☐	OBSERVACIONES

SOLICITUD DÉBITO AUTOMÁTICO

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

Número de la Cuenta	Entidad Financiera
Ciudad de la Cuenta	Tipo de cuenta Corriente ☐ Ahorros ☐
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 debito automático podrá realizarse desde el inicio de la obligación hasta su cancelación y/o pago total.

Firma del Cliente _____
C.C. N° _____

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 pérdida 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 _____ 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°

1. 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 demerita o deprecia 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.

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.

ORIGINAL FINANSEGURO

HUELLA

PONER 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) solicitudes 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) solicitudes 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 descriptas, 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. Acceder, consultar, comparar y evaluar 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 cumplidor de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole; E. Analizar, procesar, evaluar, tratar o comparar la información suministrada por mí, a los datos resultantes de análisis, procesamiento, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgo en este documento para la información suministrada por mí; F. Estudiar, analizar, procesar y utilizar 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 comparir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo o 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 a 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. 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 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/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. 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.

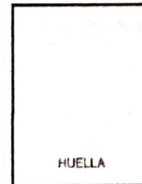
Beneficiario

FINANSEGURO S.A.S. ☐

ACEPTACIÓN DEL SEGURO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SI ☐ NO ☐

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

PONER HUELLA.



HUELLA

FINANSEGURO S.A.S.
Firma Autorizada

NOMBRE DEL ASEGURADO

FIRMA DEL ASEGURADO

C.C.

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.

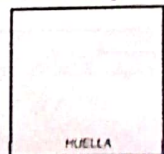
Se firma el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

NOMBRE

FIRMA

C.C.

COPIA CLIENTE



HUELLA

PONER HUELLA.