

LÍNEA CREDIEVENTO

SOLICITUD DE CRÉDITO

Cuidad: _____ Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____ No. Cédula: _____

Valor Solicitado: \$ _____ Número de cuotas: _____

Convenio: _____

Para los efectos del presente préstamo declaro que conozco y acepto el Reglamento de Crédito de la Mutual.

Firma del Solicitante

Valor Aprobado: \$ _____ Plazo: _____ Tasa de interés: _____ % mensual

Aprobó: _____

PAGARÉ No.

Valor \$ _____

Yo, _____, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.

_____ expedida en _____, me comprometo a pagar Voluntaria, e incondicionalmente, en dinero efectivo a la Asociación Mutual Estar, a su orden o a quien sus derechos represente, la suma fijada en este pagaré.

Dicha obligación estará respaldada con el saldo de mi(s) cuenta(s) de ahorro(s) No(s): _____

_____ de la(s) línea(s): _____

que está(n) a mi nombre y la cancelaré a un plazo de _____

Mes (es). Sobre la cantidad expresada reconoceré intereses corrientes a una tasa del % Nominal mensual sobre el saldo de capital. En caso de que por disposición legal o reglamentaria se autorice el cobro de intereses diferentes a los previstos en este pagaré, desde ahora me obligo a aceptar la diferencia que resulte por dicho concepto y autorizo a la Asociación Mutual Estar para reajustarlos automáticamente. Todos los gastos que cause este Título valor, serán a mi cargo.

En caso de incumplir el plazo pactado o ante mi muerte, incapacidad temporal o permanente, autorizo a la Asociación Mutual Estar a cruzar el valor pendiente de la obligación con mis ahorros. Así mismo, manifiesto de forma libre, irrevocable y expresa, no solicitar la devolución de mi ahorro, hasta tanto no esté cancelado el total de mi crédito.

Reconozco cualquier modificación a lo aquí estipulado en caso de prórroga, renovación, o refinanciación y acepto cualquier endoso, cesión o traspaso que de este Título-valor hiciere la Asociación Mutual Estar a cualquier persona natural o jurídica.

Para constancia se firma el presente pagaré en _____ a los _____
días del mes de _____ de _____

Firma Deudor _____ CC _____

Dirección de entrega: _____

Ciudad y barrio: _____

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____





Asociación Mutual Estar NIT 900545855-4

LIBRANZA

DIA	MES	AÑO

EMPRESA: _____

Pagaré: _____

Cuota: _____

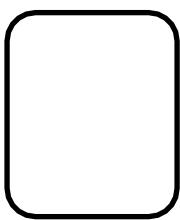
De forma libre, voluntaria y expresamente,

Yo _____ identificado (a) con C.C. No _____ de _____
en condición de trabajador de _____ con NIT _____ y vinculado a la Asociación Mutual
ESTAR con NIT 900545855-4, autorizo a mi empleador para que retenga de mi salario a favor de la Mutual la suma
de _____ (\$ _____), (incluye capital, interés corrientes y ahorros), para garantizar a la Mutual la oportuna
cancelación de las cuotas de crédito No _____.

Así mismo, autorizo para retener el producto de mi liquidación total y definitiva de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones. Igualmente, me permito autorizar para que en vigencia del contrato, se realice la retención respectiva frente a las primas de servicios en el porcentaje del %.
Autorizo realizar la deducción de cesantías el porcentaje _____ %, sobre las que se causen anualmente en vigencia de la relación laboral.

Lo anterior hasta el monto presente en mi paz y salvo con la Asociación Mutual Estar. Autorizo además descontar por anticipado durante el tiempo que permanezca en vacaciones o licencia el valor de cuotas que deba pagar.

Yo _____ representante legal de _____, me comprometo a
realizar las deducciones autorizadas en la presente libranza por el trabajador _____
Con cédula de ciudadanía _____.



Firma Empleado

C.C.

De

Firma y Sello de la empresa

Firma Mutual



PAGARÉ A LA ORDEN N°

FECHA DE VENCIMIENTO:

Yo (Nosotros)

Pagare

Quien (es) en adelante me (nos) denominamos, el (los) **DEUDOR (DEUDORES)**, mayores de edad, identificado(s) como aparece al pie de nuestra(s) firma(s), obrando en nuestro(s) propio(s) nombre(s) y representación, declaro (declaramos) que me obligo (obligamos) a pagar solidaria e incondicionalmente en dinero efectivo, a la orden de **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, con domicilio principal en Itagüí, Identificada con NIT 900.545.855 – 4, o a quien represente sus derechos, en adelante el **ACREEDOR**, en _____() la suma de

(\$) Moneda legal, por concepto de capital y la suma de (\$) por

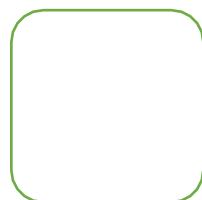
concepto de intereses remuneratorios y moratorios causados y no pagados hasta la fecha de vencimiento de éste pagaré. En caso de incumplimiento o simple retardo pagaré (mos) sobre el saldo de capital adeudado intereses moratorios equivalentes a la tasa máxima de mora permitida por la Ley, sin perjuicio de las acciones que pueda ejercitar **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, para el cobro prejudicial o judicial de la deuda, caso en el cual pagaré (mos) además la totalidad de los costos, gastos, honorarios a que diere lugar el cobro. Serán de mí (nuestro) cargo los gastos e impuestos que se causen por el otorgamiento de este pagaré. Expresamente declaro (declaramos) excusado la presentación para el pago, el aviso de rechazo, el protesto del presente pagaré, renunciando a los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora y al derecho de solicitar la división de los bienes embargados para efectos de su remate, así como al derecho de nombrar o constituirme (nos) en depositario(s) de bienes en caso de secuestro judicial. Autorizamos al tenedor para declarar insubsistente el o los plazos faltantes de las obligaciones adeudadas a su favor y a mí (nuestro) cargo, y por tanto, exigir de inmediato, ejecutivamente y sin requerimiento alguno, el pago total de dichas obligaciones, sus intereses y demás gastos ocasionados por la cobranza, en caso de incumplimiento o mora en el pago de cualquiera de las cuotas del principal o de los intereses de ésta o de cualquier otra obligación que directa, indirecta, conjunta o separadamente tenga(mos) para con el ACREEDOR. Autorizo (autorizamos) expresamente y desde ahora al ACREEDOR para que a cualquier título endose el presente pagaré o ceda el crédito incorporado en el mismo a favor de cualquier tercero sin necesidad de su notificación. Expresamente facuto (facultamos) al ACREEDOR para compensar los saldos pendientes por pagar a mí (nuestro) cargo, con los dineros que tenga depositados en cualquier cuenta de ahorros y/o en cualquier otra cuenta, depósito a la vista o a término, o suma de dinero de que sea titular en dicha entidad, ya sea en forma individual, conjunta o en forma alternativa con otra u otras personas naturales o jurídicas, autorizamos de forme libre, voluntaria y expresamente al ACREEDOR para que si así lo considera deduzca de nuestra(s) prestaciones legales, extralegales, compensaciones o solicite directamente al fondo de pensiones y cesantías PORVENIR S.A. u otro fondo el vencimiento de la cuota o el saldo total de la obligación. La solidaridad e individualidad comprometida para el pago

subsisten en caso de prórroga o de cualquier modificación a lo estipulado, aunque se pacte con uno solo de los firmantes. El pago total o parcial, tanto de los intereses de capital, de este título, se hará constar en cualquiera de estos documentos: en un anexo, en el extracto movimiento de cartera, en el soporte de pago, en el listado sistematizado o en éste pagaré si se requiere.

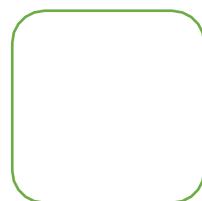
Para constancia se firma por el (los) creadores del título en la ciudad de _____
a los () días del mes de _____ del año _____
(20) dejando constancia de que en su poder ha quedado una copia del presente documento.

DEUDOR

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____

**CODEUDOR**

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____

**CODEUDOR**

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____

**CODEUDOR**

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____





CARTA DE INSTRUCCIONES ANEXA AL PAGARÉ A LA ORDEN N°

Señores
ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR
Ciudad

Yo, (Nosotros)

Quien (es) en adelante me (nos) denominamos, el (los) **DEUDOR (DEUDORES)**, mayores de edad, identificado(s) como aparece al pie de nuestra(s) firma(s), obrando en nuestro(s) propio(s) nombre(s) y representación, declaro (declaramos), en los términos del artículo 622 del Código de Comercio, permanente, expresa e irrevocablemente, en calidad de **DEUDOR (DEUDORES)**, autorizar a la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, con domicilio principal en Itagüí, Identificada con NIT 900.545.855 – 4, o a quien represente sus derechos, en calidad de **ACREEDOR**, o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del **PAGARÉ A LA ORDEN NÚMERO _____**, para llenar en cualquier tiempo y sin necesidad de previo aviso a mi (Nosotros), todos los espacios en blanco de dicho instrumento, con el fin de convertirlo en un documento que preste mérito ejecutivo para su cobro, de conformidad con las siguientes instrucciones:

CUANTIA: El espacio correspondiente a la “suma de” se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el **ACREEDOR**, por concepto de capital, intereses, costos de cobro, así como cualquier otra suma que llegare a deber a la fecha en que sea llenado los espacios en blanco del pagare.

INTERESES: El acreedor y/o tenedor del pagaré, podrá llenar el espacio correspondiente a la “suma de”, incorporando el total de los intereses de plazo o remuneratorios y los intereses moratorios causados y debidos hasta la fecha en que sea llenado los espacios en blanco del pagare, según corresponda con las condiciones acordadas para el préstamo otorgado.

FECHA DE VENCIMIENTO: El espacio correspondiente a la “fecha de vencimiento” será llenado con lo que corresponda al día en que el acreedor complete el instrumento por estimarlo necesario para su cobro.

LUGAR DE PAGO: Será la ciudad donde se efectúa el cobro.

CIRCUNSTANCIAS QUE FACULTAN PARA LLENAR EL TÍTULO: Los espacios en blanco se llenarán cuando exista una de las siguientes circunstancias: Incumplimiento en el pago de una o más cuotas de capital o intereses pactados o de cualquier otra clase de obligación existente con el **ACREEDOR**; El incumplimiento de alguna de las obligaciones que adeudamos, sea por capital o por intereses, hará exigible el total de las obligaciones; En caso de fallecimiento, inhabilidad o incapacidad de uno cualquiera de los otorgantes; Si los bienes de uno cualquiera de los deudores son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción; El hecho de que cualquiera de los obligados por éste instrumento solicite o le sea iniciado cobro ejecutivo o entre en liquidación administrativa o judicial; Si cualquiera de los otorgantes comete inexactitudes en balances, informes, declaraciones o documentos presentados al **ACREEDOR**; Si los bienes dados en garantía se demeritan, los gravan, enajenan en todo o en parte, sean abandonados o dejan de ser garantía suficiente; Mala o difícil situación económica de no cualquiera de los obligados calificada por el tenedor o inminente insolvencia de uno cualquiera de los deudores; Si alguno de los otorgantes, socios o sus administradores aparecen vinculados a informaciones, investigaciones o procesos sobre lavado de activos, narcotráfico, secuestro, terrorismo o comisión de delitos contra la fe pública o el patrimonio. Si los recursos no se les da el destino para el cual fueron solicitados. En caso de retiro o pérdida de la Calidad de asociado de la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, de uno cualquiera de los obligados.

INCORPORACIÓN DEL PAGARÉ: Se adjunta al presente documento el Pagaré con espacios en blanco arriba enunciado, el cual declara haber recibido la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, comprometiéndose a custodiarlo y a utilizarlo conforme a lo aquí dispuesto, quedando plenamente autorizada y con amplias facultades para llenar el Pagaré sin necesidad de aviso previo, sin que en ningún momento podamos alegar falta de autorizaciones. Las instrucciones y

demás autorizaciones que por medio de esta carta han sido dadas al ACREDITADOR, se entienden de igual manera otorgadas al tenedor legítimo del Pagaré o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor del crédito.

Declaramos, además que conocemos y hemos recibido copia de la presente Carta de instrucciones, junto con el Plan de Pagos y amortización al Capital e interés correspondiente al crédito otorgado por la Acreedora **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, los cuales aceptamos sin reserva alguna.

Para constancia se firma por el (los) creadores del título en la ciudad de _____
a los () días del mes de _____ del año _____
(20).

DEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____

CODEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____

CODEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____

CODEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____

FONDO MUTUO DE COBERTURA S.A.S (FMC)

ABC DE LAS GARATÍAS ¿Qué es una garantía?

Es la figura financiera que respalda el cumplimiento de los créditos que dan entidades como bancos, cooperativas, cajas de compensación, empresas del sector real, entre otros, y que permite procesos más ágiles y confiables tanto para las personas que los solicitan como para la entidad que los otorga, facilitando de este modo el acceso al crédito.

En el FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS "FMC" actuamos como fiador institucional para respaldar la financiación de servicios, créditos de consumo, comercial, vivienda y microcrédito la relación que existe entre "FMC" y los intermediarios financieros, se basa en la suscripción de un convenio de garantía, mediante el cual "FMC", en su calidad de fiador subsidiario, garantiza los créditos que los intermediarios financieros confieren a los usuarios de sus servicios crediticios, en razón del incumplimiento de estos o sus codeudores. Es decir, cuando hay incumplimiento en el pago del crédito por parte de los deudores, "FMC" les paga a los intermediarios financieros como fiador de ese crédito y luego le puede recobrar al deudor inicial.

Una persona natural o jurídica puede acceder a una garantía del FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS "FMC" a través de un intermediario financiero. Funciona así:

- ❖ Acudes a la entidad, intermediario financiero o establecimiento de comercio en busca de una financiación para eso que tanto deseas.
- ❖ El intermediario financiero o establecimiento de comercio realiza un estudio de la viabilidad para otorgarte el crédito
- ❖ Es aquí cuando ingresamos a este proceso como tu fiador ante el intermediario financiero, permitiendo así que accedas al crédito
- ❖ El intermediario o establecimiento de comercio aprueba tu crédito con nuestra garantía. Es a partir de este momento, que nos das autorización para el tratamiento de datos personales y otros temas.
- ❖ Comienzas a realizar tus pagos al intermediario financiero por el valor del crédito pactado y por el valor del servicio de fianza a FMC.
- ❖ Como cliente realizas el pago de tus cuotas al intermediario, pero si incumples en algún momento con esta obligación y el intermediario financiero nos solicita hacer efectivo el respaldo que tiene con nosotros, realizaremos a éste el pago de la deuda, e inmediatamente seremos los nuevos acreedores, por lo que podemos proceder con los siguientes cobros o disponer de la deuda.

ACEPTACIÓN DEL SERVICIO DE ACCESO AL CREDITO Y CENTRALES DE RIESGO

Yo, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento expresamente manifiesto de manera libre, consciente, expresamente y voluntaria, que:

Acepto la utilización del **servicio de acceso al crédito** del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS "FMC"** para respaldar la operación aprobada por: _____, quien en adelante se denominará el **INTERMEDIARIO**, lo cual no me exime de cumplir con el pago de todas las sumas generadas por esta operación de crédito.

Acepto de manera incondicional e irrevocable la obligación de pagar las tarifas establecidas por el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS- FMC** por concepto del servicio de acceso al crédito prestado por el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, y su valor podrá ser cargado o deducido de cualquier depósito constituido por mí o con cargo a las cuotas del mismo crédito o de cualquier obligación pactada con el **INTERMEDIARIO**.

Acepto pagar las tarifas y periodicidades establecidas en el siguiente cuadro por el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** la cual será cobrada en 1 solo pago al momento del desembolso.

Línea de crédito	Monto inicial del crédito	Plazo del crédito	% establecido por fondo de garantías

Manifiesto que conozco las condiciones del servicio de acceso al crédito que presta el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, y por lo tanto, en caso que éste se vea en la obligación de pagar cualquier suma al **INTERMEDIARIO** como consecuencia de mi incumplimiento en el pago de la obligación objeto de la prestación del servicio de acceso al crédito, el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** tendrá derecho a recuperar las sumas pagadas prejudicial y judicialmente y, se subrogará en la calidad de acreedor por el valor pagado, si así lo considera el **INTERMEDIARIO**.

Autorizo irrevocablemente al **INTERMEDIARIO** a entregar al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS - FMC** toda la información relacionada con la operación aprobada a mi favor y de igual manera autorizo al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** a entregar dicha información a terceros que puedan encargarse de la gestión de cobro de dicha cartera, si así lo considera el **INTERMEDIARIO**, o quien ostente la calidad de acreedor de dicha obligación.

Manifiesto que los recursos utilizados para el pago del servicio de acceso al crédito a favor del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** provienen de fuentes licitas y la información que he suministrado es verídica. Por lo tanto, doy mi consentimiento expreso e irrevocable al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** o a quien sea en el futuro acreedor de la obligación para:

- Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme una garantía.
- Reportar a las centrales de riesgos datos del cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones.
- Conservar, tanto en el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, como en las centrales de riesgo, con las debidas

- actualizaciones y durante el periodo necesario señalados en sus reglamentos, mi información crediticia.
- Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
 - Reportar a las autoridades públicas, tributarias aduaneras o judiciales la información para cumplir con sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

La presente autorización facultará al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** para ejercer su derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y de la misma forma facultará al **INTERMEDIARIO** para permitir el acceso a esta información por parte del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación.

La presente autorización facilita al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** y a las centrales de riesgo a divulgar mi información para elaborar estadísticas.

Acepto la no devolución del pago del servicio de acceso al crédito por parte del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** y por ello renuncio a cualquier solicitud de cobro o reintegro de comisiones no causadas. El valor cobrado es por hacer uso de la garantía y ser un instrumento para facilitar el acceso al crédito, no por la vigencia de este en el tiempo.

El presente documento tendrá validez desde su firma, por la vigencia del crédito otorgado por el **INTERMEDIARIO**, o de quien a futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación, y en general por el término establecido en la ley.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En atención a la aplicación de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, el titular del dato por medio del presente documento, imparte de manera previa, expresa e informada la siguiente autorización a los responsables y encargados del tratamiento de datos personales para: El desarrollo de todas las operaciones propias del objeto social de la entidad (actividades relacionadas con el otorgamiento del crédito, administración, pago y recuperación de cartera), el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley, análisis de riesgo, estadísticos, de control, supervisión, encuestas, gestión de cobranza, comercialización de productos, mercadeo, verificación y actualización de información entre otras. En cumplimiento de lo anterior, se podrá: Consultar, solicitar, administrar, procesar, modificar, actualizar, eliminar, reportar, almacenar, compilar, enviar, utilizar, suministrar, grabar, obtener, transmitir, transferir, recolectar, confirmar, conservar, emplear, analizar, rectificar, estudiar y divulgar a los responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información, entidades financieras, sector solidario, contratistas, cesionarios de cartera o terceras personas con quienes se entablen relaciones comerciales o legales, de prestación de servicios y de cualquier otra índole para administrar y tratar la información personal suministrada en desarrollo del objeto social del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS -FMC**, dentro de los límites establecidos por la Ley. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los intereses del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS- FMC**, a quien la sociedad ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que Usted es titular, El Titular de los datos personales tendrá los siguientes derechos: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto al uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente Ley y las demás normas que la modifiquen o adicionen o complementen; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. La Entidad responsable del tratamiento de los datos personales será el **FONDO MUTUO DE COBERTURA S.A.S-FMC**, con dirección física en la calle 52 #49-28 edificio la lonja de Medellín, dirección electrónica: fondomutuoycobertura@gmail.com.

Conforme al artículo 12 de la Ley 1266 de 2008, autorizo expresamente a quien represente los intereses del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, a quien la sociedad ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título que me sea notificado previamente al reporte negativo a las centrales de riesgo a la siguiente dirección física _____, al número telefónico _____ y correo electrónico _____ a libre elección, donde me podrá notificar mediante mensaje de texto, mensaje de datos enviado a través de aplicaciones como WhatsApp, correo electrónico, envío de correspondencia física. Manifiesto que tengo la obligación de actualizar mi información para efectos de notificación, en caso de no realizar la actualización de la misma, comprendo y acepto que me entenderé por notificado(s) en las direcciones por mí (nosotros) aportadas.

Declaro(amos), haber leído cuidadosamente el contrato contenido en este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones y en constancia de lo anterior firmo:

DEUDOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Huella

FIRMA: _____



NOMBRE: _____

C.C: _____

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPAZIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Modificación	<input type="checkbox"/> Renovación
---------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Forma de pago prima	Sistema de ajuste
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPAZIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación
---	---------------	-----------------	--	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT			<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
---------------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
-----------	-------------------	--------	--------------	---------------------------	---------

Dirección Correspondencia	Correo Electrónico
---------------------------	--------------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$	Amparos	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)
Modalidad de Valor Asegurado:	<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Invalidez por Accidente o Enfermedad <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único) % \$	Valor Asegurado \$

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Con derecho a Acrecimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DECLARACIÓN DE ASEGUARABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Colesterol (Tratado con medicamentos) <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) <input type="checkbox"/> Derrames <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Tumores malignos <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Deformidades corporales <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial <input type="checkbox"/> Hernia de columna <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad, ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Consumo Actualmente drogas estimulantes	Ha estado en tratamiento para: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	---

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.			2.				

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secretiones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 [Coronavirus]?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.			2.				

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico(amos) que el Asesor me(s) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro	<input type="checkbox"/>	Fecha de diligenciamiento Formato [AAAA/MM/DD]
---	--------------------------	--

Firma del Afiliado o Tomador	Huella Índice Derecho
------------------------------	-----------------------

Número de Identificación	Afiliado o Tomador
--------------------------	--------------------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

F02-83-267	- SURAMERICANA -	www.sura.com
------------	------------------	--------------

Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/02/2013
--