

# SOLICITUD Y CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA DEUDORES PARA CRÉDITOS ASOCIADOS A GARANTÍA HIPOTECARIA

IMPORTANTE: el presente formato debe ser diligenciado en su totalidad, con firma digital y huella.

LA PRESENTE SOLICITUD SERÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO EN LA CUAL CONSTA EL CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL BANCO AGRARIO DE COLOMBIA Y HDI SEGUROS S.A.

SE ENTENDERÁ ESTA SOLICITUD COMO CERTIFICADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO SIEMPRE Y CUANDO EL VALOR ASEGURADO SEA IGUAL O INFERIOR A \$600.000.000. SI EL VALOR ES SUPERIOR, SE ENTENDERÁ ÚNICAMENTE COMO SOLICITUD DE SEGURO HASTA EL MOMENTO EN QUE HDI SEGUROS S.A. ACEPTE EL ASEGURAMIENTO.

Fecha de diligenciamiento
Día      Mes      Año

## 1. DATOS GENERALES

TOMADOR: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.	NIT: 800.037.800-8
BENEFICIARIO: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.	VALOR INICIAL SOLICITADO:

## 2. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Deudor Principal)

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		
Tipo de Documento:	Número de Documento:	Género:	Peso (Kg):	Estatura (cm):
Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____	Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Otro _____	Correo Electrónico:		
¿Este Crédito está garantizado con hipoteca?: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Seleccione si es: <input type="radio"/> Línea General <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/> Metodología grupal _____			
Profesión / Ocupación actual (Descripción ampliamente):	Número de celular:			

## 3. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Deudor 2)

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		
Tipo de Documento:	Número de Documento:	Género:	Peso (Kg):	Estatura (cm):
Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____	Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Otro _____	Correo Electrónico:		
Profesión / Ocupación actual (Descripción ampliamente):	Número de celular:			

## 4. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Avalista)

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		
Tipo de Documento:	Número de Documento:	Género:	Peso (Kg):	Estatura (cm):
Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____	Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Otro _____	Correo Electrónico:		
Profesión / Ocupación actual (Descripción ampliamente):	Número de celular:			

## 5. DECLARACIÓN DEL ESTADO Y SALUD DEL RIESGO ASEGURADO

LE SOLICITAMOS CONTESTAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO NI LLENARLOS CON GUIONES. SI HAY CORRECCIONES O ENMENDADURAS, SÍRVASE VALIDARLAS CON SU FIRMA.

a) ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, cirugía arteriocoronaria, trasplante de órgano o tejido, quemaduras graves, estado de coma, anemia aplásica, traumatismo mayor de cabeza, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, arritmias, hipertensión arterial, colesterol (tratado con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, efisema pulmonar (EPOC), bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, diabetes, pancreatitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, colitis, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica, sufre de alguna otra enfermedad(es) o consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido de accidentes que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación?

Deudor Principal:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Deudor 2:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Avalista:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

b) ¿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?

Deudor Principal:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Deudor 2:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 Avalista:  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta, que mi ocupación está permitida por la Ley y no he ejercido ni ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro.

El valor asegurado de este seguro será el saldo insoluto de la deuda. Certifico que soy consciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro.

## 6. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

¿Tiene créditos o préstamos activos con el banco?  Si  No

## 7. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Autorizo expresamente a HDI SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales y sensibles para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) y en general el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA". Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, y estos será tratada de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y decreto 1377 de 2013; declaro que he sido informado sobre los derechos que me asisten como titular o representante legal; actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de HDI SEGUROS S.A. disponible en <https://www.hdiseguros.com.co/habeas-data>"

## 8. AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Como asegurado en la presente Póliza por el valor asegurado indicado anteriormente, autorizo al Banco Agrario de Colombia para que descuento de mi cuenta bancaria las cuotas que correspondan al valor de la prima del seguro, la cual se encuentra claramente estipulada en la liquidación del crédito que entrega el Banco Agrario de Colombia y cuya tasa está calculada cumpliendo el marco legislativo regulado por la Superintendencia Financiera de Colombia.

ACEPTO QUE ESTA DECLARACIÓN SERÁ PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y QUE EN CASO DE DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES EL CONTRATO DE SEGURO SERÁ ANULABLE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

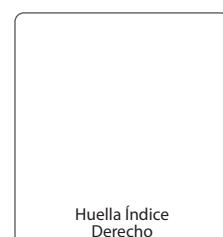
Certifico que el asesor me explicó coberturas y exclusiones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud de seguro.



Huella Índice Derecho



Huella Índice Derecho



Huella Índice Derecho

Firma de Deudor principal: \_\_\_\_\_

Firma de Deudor 2: \_\_\_\_\_

Firma de Avalista: \_\_\_\_\_

No Identificación: \_\_\_\_\_

No Identificación: \_\_\_\_\_

No Identificación: \_\_\_\_\_

## CONDICIONES PARTICULARES

### OBJETO DEL SEGURO

Cobertura para los créditos asociados a créditos con garantía hipotecaria o leasing habitacional otorgados por el BANCO AGRARIO DE COLOMBIA a personas naturales deudoras del Banco y/o sus avalistas para que en caso de muerte o incapacidad total y permanente de los deudores se cubra el monto de la deuda pendiente, incluyendo capital, intereses corrientes y de mora, honorarios de abogado, primas de seguro y cualquier otro valor que se relacione con el mismo crédito.

### INTERÉS ASEGUrado

El monto de la deuda de cada cliente asegurado incluyendo el capital, intereses corrientes y de mora, honorarios de cobro jurídico, primas de seguro y cualquier otro valor que se relacione con el mismo crédito.

### GRUPO ASEGUrABLE

#### Asegurado:

Personas naturales clientes del BANCO que reciban préstamos en cualquiera de las líneas de crédito otorgadas por el BANCO AGRARIO DE COLOMBIA asociados a garantías hipotecarias y/o leasing habitacional.

#### Beneficiarios:

BANCO AGRARIO DE COLOMBIA y/o como sus derechos e intereses aparezcan

#### Valor asegurado individual

#### Valor Asegurado:

El valor asegurado de cada deudor corresponderá al saldo insoluto de la obligación crediticia a cargo del asegurado, incluyendo capital, intereses durante el plazo de gracia, intereses corrientes y moratorios, honorarios de abogado y cualquier otro concepto directamente vinculado con la respectiva operación de crédito y/o leasing.

### COBERTURAS

#### Amparo

- Básico - Muerte por cualquier causa
- Incapacidad total y permanente (incluye cobertura de beneficios por desmembración)
- Desmembración

#### Edades de ingreso y permanencia para asegurado principal

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Básico - Muerte por cualquier causa	18 años	Ilimitada	Igual a la existencia de la deuda y hasta que la obligación quede totalmente cancelada.
Incapacidad total y permanente (incluye cobertura de beneficios por desmembración)	18 años	70 años + 364 días	75 años + 364 días

\* las edades máximas de ingreso no aplican para los asegurados en continuidad de cobertura, solo aplica la edad máxima de permanencia por amparo.

### DOCUMENTOS PARA AVISOS DE SINIESTRO.

#### Para el pago de siniestros de Vida:

1. Fotocopia del Documento de Identidad.
2. Registro Civil de Defunción de Registraduría o Notaría en original o fotocopia.
3. Certificado de deuda

#### Para el pago de siniestros de Incapacidad Total y Permanente y/o Desmembración:

1. Fotocopia del Documento de Identidad.
2. Prueba idónea de la incapacidad. La Prueba idónea de la incapacidad, puede ser la historia clínica o calificación emitida por la Entidad y/o profesional autorizado para emitir dicho concepto.
3. Certificado de deuda"

#### Nota:

**Atención Express de Siniestros:** HDI SEGUROS COLOMBIA S.A procederá con el análisis de las reclamaciones para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, una vez se realice el aviso de siniestro y se presenten los siguientes documentos: Constancia del valor del saldo insoluto de la deuda, Registro Civil de defunción del deudor (expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil) o Certificado de Cancelación por Muerte de la Cédula de Ciudadanía (expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil). La documentación solicitada es necesaria para agilizar el proceso de definición de la reclamación. La compañía podrá en cualquier momento solicitar cualquier otro documento que considere necesario para la definición de la reclamación.

Aplicará únicamente para la cobertura de fallecimiento del producto Vida Deudor, en donde esté explícitamente condicionada la cobertura de fallecimiento por cualquier causa y sin exclusiones derivadas por el tipo de fallecimiento, que puedan tener la necesidad de contar con el Registro Civil de Defunción.