

SOLICITUD Y CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA DEUDORES PARA LÍNEAS DE CRÉDITO SIN GARANTIA 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 POSITIVA COMPAÑIA DE 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 POSITIVA COMPAÑIA DE 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 type="radio"/> SI <input checked="" 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 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", 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 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72, Bogotá; correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co Teléfono: 6016502200 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país. Contacto: Oficial de 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: _____

