

**SOLICITUD INCLUSIÓN INDIVIDUAL
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**



TOMADOR: SCOTIABANK COLPATRIA S.A	TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>
ASEGURADO:	No.
OCUPACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO
BENEFICIARIO: SCOTIABANK COLPATRIA S.A.	AAA MM DD
VIGENCIA: DESDE: Desembolso del crédito HASTA: Mensual renovable	

AMPAROS Y VALOR ASEGURADO: Muerte o Incapacidad Total y Permanente hasta por el saldo insoluto de la deuda a la fecha de siniestro.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

- A) Padece o ha padecido alguna enfermedad Sí NO ¿Cuál? _____ Desde cuando _____
 B) Tomo actualmente un medicamento Sí NO ¿Cuál? _____ Desde cuando _____
 C) Nombre del último médico consultado _____ Fecha _____ Diagnóstico _____

- Si la respuesta es negativa declaro que mi estado de salud es normal: No padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito o que incida sobre los sistemas cardio vascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, hemolinfático, sentidos, piel y anérxos, Sida y demás adicciones o afectaciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido o tengo pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgicas en la actualidad, de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados. No padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados.
- Tanto mis actividades, como profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no práctico aficiones que afecten mi integridad.**
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en la que aparecen descritas. Por tanto la falsedad, omisión, error, reticencia en ellas tendrá las consecuencias estipuladas en el artículo 1058 y 1158 del código de comercio.
- Autorizo a la aseguradora adjudicataria a acceder y conservar copia de la historia clínica que de mí almacene o esté en manos de mi médico tratante o la institución que me preste el servicio médico o que almacene el referido documento, evento que solamente tendrá lugar cuando sea necesario para la ejecución o cumplimiento del contrato de seguro.
- La prima debe ser pagada con la misma periodicidad establecida en la obligación.
- Declaro en mi calidad de asegurado que he designado al **SCOTIABANK COLPATRIA S.A. como beneficiario Oneroso.**
- El valor de la prima de seguro es de \$ _____ por Millón. La prima del seguro se calcula de manera mensual sobre el Saldo insoluto de la Deuda al momento del corte de facturación.
- Para atender cualquier solicitud, formular quejas, petición o conocer el procedimiento, plazos y documentación en caso de siniestro, por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente de Crédito Fácil Codensa en Bogotá 7115115 opción 3.
- La mora en el pago de la prima, produce la terminación automática del seguro individual, conforme a los artículos 1068 y 1152 del código de comercio.
- Las pólizas colectivas que SCOTIABANK COLPATRIA S.A., contrata como tomador y por cuenta de sus deudores, se licitan periódicamente cada dos años por mandato del Decreto 673 de 2014, por lo tanto las condiciones de seguro y valor de prima podrán modificarse como resultado de dicho proceso.
- La información suministrada en este formato de solicitud de seguros deudor, será tratada conforme a la política de tratamiento de datos de SCOTIABANK COLPATRIA S.A., la cuál podrá ser consultada en www.scotiabankcolpatria.com.

Autorización tratamiento de datos personales

Quien suscribe el presente documento, en calidad de Titular de la información y con quien se establecerá la presente relación comercial o contractual, autoriza a Scotiabank Colpatría S.A. (en su condición de Responsable del Tratamiento), y/o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, a tratar sus datos personales conforme a los lineamientos de la Ley 1581/2012.

La suscripción de este documento comprende la recolección y tratamiento de datos de salud, considerados datos sensibles, los cuales serán usados para dar cumplimiento a los deberes legales y reglamentarios del Banco y para la evaluación y administración de cualquier riesgo asociado a iniciar o continuar con una relación contractual asociada a la solicitud de un producto financiero, para lo cual autoriza al Responsable a transmitir y/o transferir sus datos de salud con la aseguradora adjudicataria, quien en nombre de Scotiabank Colpatría S.A, en calidad de "Tomador" de la póliza de seguro podrá consultar su historia clínica y acceder a sus datos de salud. Dada la naturaleza sensible de estos datos, el(los) Titular(es) tiene(n) el derecho de negarse al suministro de esta información, no obstante, tratándose de datos de salud se deberá tener presente que el asegurado está obligado a declarar el estado del riesgo conforme a lo exigido por el Artículo 1058 del código de Comercio.

Responsable: Scotiabank Colpatría S.A, con domicilio principal en la Cr 7 No. 24- 89 de la ciudad de Bogotá D.C., PBX. 57-1- 7456300 y página corporativa www.scotiabankcolpatria.com. Canales de atención: Dirección: Cr 9 No 24 – 59 Piso 1°, Bogotá D.C. Servicio al Cliente Barras de Servicio, Línea de Atención que puedes consultar en scotiabankcolpatria.com/Contáctanos/Línea personas; Red de oficinas a nivel nacional, Centros de Servicio al Cliente o el Chat: www.scotiabankcolpatria.com/contactanos/chat. Derechos del titular: i) Conocer, actualizar y rectificar su información; ii) Solicitar prueba de la autorización; iii) Ser informado por el Banco respecto del uso que le ha dado a sus datos personales; iv) Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio; v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando sea legalmente posible. Conozca la política de tratamiento de la información, así como sus actualizaciones disponibles en la página web www.scotiabankcolpatria.com.

OBJETO DEL SEGURO:

El Seguro de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.** Brindará protección contra los riesgos de muerte por cualquier causa, Incluido homicidio y suicidio, Incapacidad Total y Permanente, a los deudores de los créditos de Consumo del **SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**, Hasta por el valor del saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro.

LIBERTAD DE CONTRATACIÓN

El deudor podrá elegir con que compañía de seguros contratará las pólizas de seguro de vida; en caso de tomar la póliza con otra compañía de seguros, manifiesto mi compromiso de:

- Endosar la Póliza a favor del SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
- Aportar la póliza endosada correspondiente del seguro de Vida, antes del desembolso del crédito o de la entrega de la tarjeta.
- Renovar la póliza durante la vigencia del crédito, y entregarla directamente a SCOTIABANK COLPATRIA S.A., a más tardar el día de su vencimiento. En caso de no entregarse al SCOTIABANK COLPATRIA S.A. la póliza de vida, autorizo a SCOTIABANK COLPATRIA S.A., para contratar, a mi cargo, el seguro con la compañía aseguradora designada por SCOTIABANK COLPATRIA S.A. sin que haya lugar a la devolución de las primas ya cobradas.
- El endoso de la póliza de seguro de vida podrá efectuarse en cualquier momento, durante la vigencia del crédito.
- Podrá consultar el procedimiento y requisitos de endoso, ingresando a www.scotiabankcolpatria.com, link seguros, link Vida deudor Consumo

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior Se firma el presente documento a los _____ días del mes de _____ de _____ en la ciudad de _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ NOMBRE _____ No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____



Solicitud inclusión individual póliza de seguro de Vida Grupo Deudores Codensa Colpatría