

CLIENTE: Nuevo Existente SEGMENTO: Scotia Wealth Management Premium Preferente Clásico

DESTINO DEL PRÉSTAMO		CIUDAD:	FECHA: AÑO MES DÍA	CÓDIGO GESTOR
FINANCIACIÓN				
COMPRA DEL INMUEBLE	NUEVO <input type="checkbox"/>	CASA <input type="checkbox"/>	CRÉDITO SOLICITADO	\$
	USADO <input type="checkbox"/>	APARTAMENTO <input type="checkbox"/>	RECURSOS PROPIOS	\$
COMPRA DE CARTERA <input type="checkbox"/>	REMODELACIÓN DE VIVIENDA <input type="checkbox"/>		SUBSIDIO	\$
	AUTOCONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>		OTROS CRÉDITOS	\$
			VALOR DEL INMUEBLE	\$

DESTINO DEL INMUEBLE		CONDICIONES DEL CRÉDITO		
VIVIENDA <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	NEGOCIO <input type="checkbox"/>	PLAZO SOLICITADO _____ AÑOS	SISTEMA DE AMORTIZACIÓN:
			AMORTIZACIÓN CONSTANTE A CAPITAL EN UVR <input type="checkbox"/>	CUOTA CONSTANTE EN UVR <input type="checkbox"/>
			CUOTA FIJA EN PESOS (NO INCLUYE SEGUROS) <input type="checkbox"/>	PAGO DE CUOTA MENSUAL EL DÍA _____ DE CADA MES (Entre el 3 al 24)

INFORMACIÓN DEL INMUEBLE			
NOMBRE DEL PROYECTO		TIENE HIPOTECA VIGENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN	BARRIO	CIUDAD	ENTIDAD

INFORMACIÓN DEL VENDEDOR			
NOMBRE	C.C. O NIT.	DIRECCIÓN	TELÉFONO
			No. CRÉDITO DEL VENDEDOR (SOLO SI HAY HIPOTECA CON SCOTIABANK COLPATRIA)

DATOS PERSONALES PRIMER O SEGUNDOS SOLICITANTES ▶ No. DE SOLICITANTES _____

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE ID C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____		FECHA EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA		FECHA DE VENCIMIENTO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN AÑO MES DÍA		PAÍS DE EXPEDICIÓN**	
CIUDAD/MUNICIPIO DE EXPEDICIÓN**		FECHA NACIMIENTO AÑO MES DÍA		PAÍS DE NACIMIENTO**		DEPARTAMENTO/ESTADO DE NACIMIENTO**	
PAÍS DE SEGUNDA NACIONALIDAD		GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		NIVEL DE ESTUDIOS BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> AUX. TÉCNICO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POST-GRADO <input type="checkbox"/> EST. UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> PROFESIÓN CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	
No PERSONAS A CARGO		DIRECCIÓN RESIDENCIA		PAÍS DE RESIDENCIA**		DEPARTAMENTO/ESTADO DE RESIDENCIA**	
TELÉFONO SECUNDARIO (Fijo-Celular)		CÓDIGO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		ENVIO EXTRACTO PARA TODOS LOS CRÉDITOS CON SCOTIABANK COLPATRIA CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN FÍSICA DE CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA EN COLOMBIA				CIUDAD/MUNICIPIO**		DEPARTAMENTO/ESTADO**	
TIPO DE RESIDENCIA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>		TIEMPO EN LA RESIDENCIA MESES		NOMBRE DEL ARRENDADOR		TELÉFONO ARRENDADOR	
ACTIVIDAD EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>		TIPO DE INDEPENDIENTE GANADERO/AGRICULTOR <input type="checkbox"/> TRANSPORTADOR <input type="checkbox"/>		CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		TIPO DE CONTRATO FUJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DE LA EMPRESA, PERSONA NATURAL O EMPLEADOR (Cuando no aplica nombre de empresa)		TELÉFONO EMPRESA		TIPO ID C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> AGROINDUSTRIA <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/> MINERÍA <input type="checkbox"/> COMUNICACIONES <input type="checkbox"/>	
RELACION CON LA EMPRESA SOCIO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DUEÑO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/>		CÓDIGO OCUPACIÓN / CARGO/OCUPACIÓN		CÓDIGO CIU**		ANTIGÜEDAD EN MESES	
¿USTED ES PEP? PEP: Persona Expuesta Públicamente. Persona natural nacional o extranjera que es o ha sido un funcionario de alta jerarquía en cualquier rama de gobierno ejecutiva, legislativa, administrativa, militar o judicial; un alto funcionario de un partido político local o extranjero; un representante legal o alto ejecutivo de una empresa estatal, agencia gubernamental, u organización internacional; o una persona que goza de reconocimiento público.		¿USTED ES FAMILIAR / ASOCIADO DE UNA PEP? abuelos, nietos, cuñados, suegros, yernos y nueros), o asociados cercanos (aquellos conocidos ampliamente por mantener una relación inusualmente cercana con una PEP y que tienen la facultad de llevar a cabo operaciones a nombre de la PEP, o que tienen una cuenta conjunta con una PEP).		¿HA SIDO USTED VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, SECUESTRO U OTROS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Razón no TIN 1 País no emite TIN	
RESIDENCIA FISCAL ¿DECLARA IMPUESTOS EN OTRO PAÍS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PAÍS 1 _____		¿TIN País 1 Disponible? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de TIN 1 _____	
		PAÍS 2 _____		¿TIN País 2 Disponible? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de TIN 2 _____	
						Razón no TIN 2 País no emite TIN	

OPERACIONES INTERNACIONALES			
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PAÍS	
¿POSEE PRODUCTO EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIPO DE PRODUCTO	
PAÍS PRODUCTO		MONEDA	
NOMBRE DEL EMPLEADO		PARENTESCO	
		Vínculo con el primer solicitante [Diligenciar para segundos solicitantes que no sean Apoderado/Codeudor]	
TIPO DE TRANSACCIÓN IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>		INVERSIONES <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> ¿CUÁLES? _____	
		REMESSAS <input type="checkbox"/> MONTO REMESAS/GIROS MENSUALES \$ _____	
		GIROS <input type="checkbox"/> NÚMERO REMESAS/GIROS MENSUALES _____	
No. DEL PRODUCTO		ENTIDAD	
PAÍS PRODUCTO		CIUDAD / MUNICIPIO	
RECURSOS MENSUALES (MONEDA EXTRANJERA QUE MANEJA EN LA CUENTA) EFFECTIVO \$ _____		CHEQUE \$ _____	
		TIENE USTED PARENTESCO CON EMPLEADOS DE SCOTIABANK COLPATRIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS PERSONALES APODERADO: Solicitante de Crédito Apoderado/ Codeudor

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE ID C.C. <input type="checkbox"/> No. _____		FECHA EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA		PAÍS DE EXPEDICIÓN**		DEPARTAMENTO/ESTADO EXPEDICIÓN**	
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DÍA		PAÍS DE NACIMIENTO**		DEPARTAMENTO/ESTADO NACIMIENTO**		CIUDAD/MUNICIPIO DE NACIMIENTO**	
PAÍS DE SEGUNDA NACIONALIDAD		¿ES RESIDENTE PERMANENTE EN COLOMBIA? (PERMANENCIA: MAYOR A SES MESES EN EL PAÍS) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		NIVEL DE ESTUDIOS BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> AUX. TÉCNICO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POST-GRADO <input type="checkbox"/> EST. UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> PROFESIÓN CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		No PERSONAS A CARGO		DIRECCIÓN RESIDENCIA		BARRIO	
TELÉFONO PRINCIPAL (Fijo-Celular)		TELÉFONO SECUNDARIO (Fijo-Celular)		CORREO ELECTRÓNICO		ENVIO EXTRACTO PARA TODOS LOS CRÉDITOS CON SCOTIABANK COLPATRIA OFICINA <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>	
TIPO DE RESIDENCIA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>		ESTRATO N°		TIEMPO EN LA RESIDENCIA MESES		NOMBRE DEL ARRENDADOR	
ACTIVIDAD EMPLEADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>		TIPO DE INDEPENDIENTE GANADERO/AGRICULTOR <input type="checkbox"/> TRANSPORTADOR <input type="checkbox"/>		CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		TIPO DE CONTRATO FUJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DE LA EMPRESA, PERSONA NATURAL O EMPLEADOR (Cuando no aplica nombre de empresa)		TELÉFONO EMPRESA		TIPO ID C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> AGROINDUSTRIA <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/> MINERÍA <input type="checkbox"/> COMUNICACIONES <input type="checkbox"/>	
RELACION CON LA EMPRESA SOCIO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> DUEÑO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/>		CÓDIGO OCUPACIÓN / CARGO/OCUPACIÓN		CÓDIGO CIU**		ANTIGÜEDAD EN MESES	
PAÍS LUGAR DE TRABAJO**		DEPARTAMENTO/ESTADO DE TRABAJO**		CIUDAD/MUNICIPIO DE TRABAJO**		TELÉFONO - 1 EXT. _____	
						TELÉFONO - 2 EXT. _____	
						VÍNCULO O PARENTESCO CON EL RESIDENTE EN EL EXTERIOR	
¿USTED ES PEP? PEP: Persona Expuesta Públicamente. Persona natural nacional o extranjera que es o ha sido un funcionario de alta jerarquía en cualquier rama de gobierno ejecutiva, legislativa, administrativa, militar o judicial; un alto funcionario de un partido político local o extranjero; un representante legal o alto ejecutivo de una empresa estatal, agencia gubernamental, u organización internacional; o una persona que goza de reconocimiento público.		¿USTED ES FAMILIAR / ASOCIADO DE UNA PEP? abuelos, nietos, cuñados, suegros, yernos y nueros), o asociados cercanos (aquellos conocidos ampliamente por mantener una relación inusualmente cercana con una PEP y que tienen la facultad de llevar a cabo operaciones a nombre de la PEP, o que tienen una cuenta conjunta con una PEP).		¿HA SIDO USTED VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, SECUESTRO U OTROS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Razón no TIN 1 País no emite TIN	
RESIDENCIA FISCAL ¿DECLARA IMPUESTOS EN OTRO PAÍS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PAÍS 1 _____		¿TIN País 1 Disponible? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de TIN 1 _____	
		PAÍS 2 _____		¿TIN País 2 Disponible? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de TIN 2 _____	
						Razón no TIN 2 País no emite TIN	

OPERACIONES INTERNACIONALES APODERADO

Formulario de datos personales y financieros para operaciones internacionales, incluyendo campos para tipo de transacción, moneda, entidad y ciudad.

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EGRESOS

Tabla de ingresos y egresos mensuales con columnas para solicitantes y apoderado, incluyendo rubros como sueldo básico, honorarios y gastos familiares.

Descripción de otros ingresos para el solicitante y el apoderado.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Textos legales de autorización de tratamiento de datos personales, incluyendo cláusulas de consentimiento y políticas de privacidad.

DÉBITO AUTOMÁTICO

Formulario para autorizar el débito automático de cuotas mensuales de un crédito.

DETERMINACIÓN DE TERCERO

Textos legales para la determinación de un tercero responsable, incluyendo cláusulas de responsabilidad y notificación.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS / PATRIMONIO

Declaración voluntaria de origen de fondos y patrimonio, donde el cliente declara la fuente de los recursos.

- Lista de afirmaciones que el cliente debe declarar, como no haber recibido depósitos de terceros o no haber usado fondos de otras personas.

Nota de extractos: Información sobre cómo acceder a los extractos de los productos financieros.

Declaración de que la solicitud de crédito resulta negada o sea desistida en cualquier momento.

Declaro que conozco toda la información contenida en el formato de Conocimiento del producto, la cual muestra el funcionamiento del crédito que acabo de adquirir.

Formulario de firmas y huellas para los solicitantes y el apoderado, con espacio para el nombre y C.C. del asesor.

PARA CONSULTAS RESPECTO AL DILIGENCIAMIENTO DE ÉSTA SOLICITUD, FAVOR COMUNICARSE CON NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN

ENTREVISTA (ESPACIO PARA USO DEL BANCO)

CÓDIGO OFICINA

LUGAR	FECHA AÑO MES DÍA	HORA	A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	RESULTADO DE LA ENTREVISTA ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/>
CANAL DE VENTA <input type="checkbox"/> OFICINAS <input type="checkbox"/> VENDORS/FVE <input type="checkbox"/> TMK <input type="checkbox"/> B@W <input type="checkbox"/> OTRO? ¿CUÁL? _____				
OBSERVACIONES				

(ESPACIO PARA USO DEL BANCO)

CONOCIMIENTO DEL CUENTE Cumplimiento Decreto 663/93 Artículo 102 CERTIFICO QUE REALICÉ LA VALIDACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE FIRMAS

CARGO _____ NOMBRE _____ FIRMA _____

LIBERTAD DE CONTRATACIÓN: El deudor podrá elegir con que compañía de seguros contratará las pólizas de seguros, en caso de tomar la póliza con otra compañía de seguros, manifiesto mi compromiso de:

- Incluir como beneficiario de la póliza a Scotiabank Colpatría S.A.
- Aportar la (s) póliza(s) endosada(s) correspondiente(s) (póliza de seguro de vida y/o seguro de incendio y/o rayo - terremoto temblor y/o erupción volcánica) antes del desembolso del crédito.
- Renovar la (s) póliza (s) durante la vigencia del crédito y entregarlas debidamente endosadas a favor de Scotiabank Colpatría S.A., con una anticipación mínima de cinco (5) días hábiles al vencimiento de la póliza (podrá consultar el procedimiento y requisitos ingresando a www.sciotiabankcolpatría.com buscar Seguros y dirigirse a Seguros líneas de crédito). En caso de no ser entregada la póliza endosada antes del vencimiento de la vigencia o no se cumpla con la totalidad de los requisitos, autorizo a Scotiabank Colpatría S.A., para que contrate a mi cargo el (los) seguro (s), incluyéndome de manera automática en la póliza colectiva del Banco y realizándose el respectivo cobro de la prima hasta la regularización de los requisitos; sin que exista obligación de devolución de las primas ya cobradas por parte del Banco por las coberturas otorgadas
- El asegurado en la póliza de vida deudor corresponderá al designado por el Banco de acuerdo al cumplimiento de las políticas de riesgo. En caso de existir uno o más titulares adicionales para el mismo crédito, los titulares no designados podrán solicitar el aseguramiento en la póliza de vida deudor de manera voluntaria siempre y cuando cumplan con las políticas del Banco y diligencien la solicitud del seguro o presenten el respectivo endoso por el valor total adeudado y con el pago del 100% de la prima de seguro.

MANIFIESTO QUE DESEO TOMAR MI PÓLIZA DE VIDA DEUDOR CON LA ASEGURADORA CONTRATADA POR EL BANCO SI NO

Si su elección es NO, por favor tener en cuenta lo establecido en el capítulo de LIBERTAD DE CONTRATACIÓN

VIDA DEUDOR – CRÉDITO HIPOTECARIO

Tomador y Beneficiario: Scotiabank Colpatría S.A.**Asegurado:** _____ No. Identificación cliente: _____**Coberturas básicas y valor asegurado:** Muerte por cualquier causa o Incapacidad Total y Permanente hasta por el saldo total de la deuda.**Vigencia:** A partir de la fecha y hora del desembolso del Crédito, hasta su cancelación total.**Valor del seguro mensual (Prima):** Corresponde a un valor o porcentaje calculado sobre el saldo de la deuda a la fecha de corte o facturación del Crédito. Puede consultar el valor de la prima de seguro en www.sciotiabankcolpatría.com / Seguros / Seguros de Vida deudor / Vida deudor Crédito Hipotecario y Leasing Habitacional.**Declaración de estado de salud:**¿Padece o a padecido alguna enfermedad? Si: No: Cual? _____¿Toma actualmente algún medicamento? Si: No: Cual? _____

Si la respuesta es negativa, declaro que mi estado de salud es normal: no padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito o que incidan en los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, musculoesquelético, neurológico, endolinfático, sentidos, piel y anexos, 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 deformidades o amputaciones. No padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a la compañía de seguros seleccionada por el Banco a suministrar mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y obtener copia de este documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.

a) La información suministrada es completa y verídica, por lo tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ella, producirá la nulidad relativa del seguro, b) La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro individual, c) Las pólizas colectivas que Scotiabank Colpatría contrata como tomador y por cuenta de sus deudores, se licitan periódicamente máximo cada dos años, por lo tanto, las condiciones de seguro y valor de prima podrán modificarse como resultado de dicho proceso, d) La aseguradora contratada por Scotiabank Colpatría S.A., asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el contrato de seguro frente al cliente. Scotiabank Colpatría S.A. no actúa ni como intermediario de seguros, ni como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa de la compañía aseguradora quien emite la póliza, e) Los datos personales son tratados de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de Scotiabank Colpatría S.A., la cual puede consultar en www.sciotiabankcolpatría.com, f) Recuerde que siempre tiene la opción de elegir con que compañía de seguros contratar la póliza de seguro de vida deudor, g) Puede consultar los términos y condiciones de la póliza, coberturas, exclusiones, proceso y requisitos de endoso; proceso, plazos y documentación de reclamación en caso de siniestro en el portal web www.sciotiabankcolpatría.com / Seguros / Seguros de Vida deudor / Vida deudor Crédito Hipotecario y Leasing Habitacional, h) Autorizo a la aseguradora contratada por Scotiabank Colpatría S.A., quien actúa como tomador del seguro solicitado y/o a cualquier aseguradora a la que en el futuro se le asigne esta póliza, para almacenar, analizar, procesar, comprobar y tratar su información personal con el fin de que lo contacten, incluyendo por mensajería y medios digitales, para cualquier proceso relacionado con la póliza de seguro y para fines comerciales. Particularmente, los datos de salud son usados para determinar su riesgo de asegurabilidad. Estos datos son sensibles y su revelación es facultativa. Así mismo, autorizo a la aseguradora a transferir su información únicamente con Scotiabank Colpatría S.A. Tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder y conocer el uso que se da a sus datos personales, quejarse ante la Superintendencia de Industria y Comercio y a solicitar prueba y/o la revocatoria de la autorización y la supresión de sus datos a través de los canales de la aseguradora.

FIRMA ASEGURADO

MANIFIESTO QUE DESEO TOMAR MI PÓLIZA DE INCENDIO Y TERREMOTO CON LA ASEGURADORA CONTRATADA POR EL BANCO SI NO

Si su elección es NO, por favor tener en cuenta lo establecido en el capítulo de LIBERTAD DE CONTRATACIÓN

INCENDIO Y TERREMOTO DEUDOR – CRÉDITO HIPOTECARIO

Tomador y Beneficiario: Scotiabank Colpatría S.A. y/o Deudores Hipotecarios**Asegurado:** _____ No. Identificación cliente: _____**Dirección del inmueble a asegurar:** _____ Ciudad/Municipio: _____**Coberturas:** Todo riesgo incendio y terremoto y/o rayo, incluyendo pero no limitado a: Incendio, terremoto, erupción volcánica, maremoto, tsunami, explosión, daños por agua, anegación, asonada, motín, conmoción civil o popular y/o huelga (HMACC), actos mal intencionados de terceros (AMIT) incluido actos terroristas, cobertura extendida ampliado a cualquier evento de la naturaleza no nombrado específicamente, incendio y/o rayo en aparatos eléctricos.**Valor asegurado:** Corresponde al valor de la parte destructible o de reconstrucción del inmueble dado en garantía al Banco.**Vigencia:** A partir de la fecha y hora del desembolso del Crédito, hasta su cancelación total.**Valor del seguro mensual (Prima):** Corresponde a un porcentaje calculado sobre el valor de la parte destructible del inmueble dado en garantía al Banco a la fecha de corte o facturación del Crédito. Puede consultar el valor de la prima de seguro en www.sciotiabankcolpatría.com / Seguros / Incendio y terremoto.

a) La información suministrada es completa y verídica, por lo tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ella, producirá la nulidad relativa del seguro, b) La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro, c) Las pólizas colectivas que Scotiabank Colpatría contrata como tomador y por cuenta de sus deudores, se licitan periódicamente máximo cada dos años, por lo tanto, las condiciones de seguro y valor de prima podrán modificarse como resultado de dicho proceso, d) La aseguradora contratada por Scotiabank Colpatría S.A., asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el contrato de seguro frente al cliente. Scotiabank Colpatría S.A. no actúa ni como intermediario de seguros, ni como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa de la compañía aseguradora quien emite la póliza, e) Los datos personales son tratados de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de Scotiabank Colpatría S.A., la cual puede consultar en www.sciotiabankcolpatría.com, f) Recuerde que siempre tiene la opción de elegir con que compañía de seguros contratar la póliza de seguro de Incendio y Terremoto, g) Puede consultar los términos y condiciones de la póliza, coberturas, exclusiones, proceso y requisitos de endoso; proceso, plazos y documentación de reclamación en caso de siniestro en el portal web www.sciotiabankcolpatría.com / Seguros / Incendio y terremoto, h) Autorizo a la aseguradora contratada por Scotiabank Colpatría S.A., quien actúa como tomador del seguro solicitado y/o a cualquier aseguradora a la que en el futuro se le asigne esta póliza, para almacenar, analizar, procesar, comprobar y tratar su información personal con el fin de que lo contacten, incluyendo por mensajería y medios digitales, para cualquier proceso relacionado con la póliza de seguro y para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la aseguradora a transferir su información únicamente con Scotiabank Colpatría S.A. Tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder y conocer el uso que se da a sus datos personales, quejarse ante la Superintendencia de Industria y Comercio y a solicitar prueba y/o la revocatoria de la autorización y la supresión de sus datos a través de los canales de la aseguradora.

El Asegurado