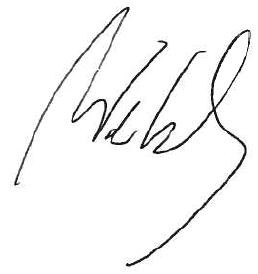
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO CON ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL, ENFERMEDADES GRAVES Y DIAGNOSTICO DE CÁNCER Y ANEXO DE SUSTRACCIÓN**  **La entidad tomadora del presente seguro es BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A. quien actúa por cuenta de sus clientes, identificado con el NITº 800.037.800-8 y la entidad aseguradora es CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. sociedad identificada con el NITº 900.200.435-3**  **Este certificado de seguro hace parte de la póliza de seguro No 09-1829-00001 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A. y CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**  **Fecha de Solicitud (diligenciamiento) Número del certificado individual de seguro:** Corresponde al Código de Producto (Código Producto **Consecutivo No.**  Cardif) + ID Asegurado (Cédula Asegurado) +Código Consecutivo. ./EncabezadoPoliza/ConsecutivoPoliza  ./EncabezadoPoliza/FechaSolicitud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOMADOR**  BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A | | **NIT DEL TOMADOR:**  800.037.800-8 | | | | | **BENEFICIARIO:** | | | | | - Para las coberturas de muerte, renta de libre destinación en caso de muerte por cualquier causa, muerte accidental y muerte accidental por hurto calificado en cajero físico o electronico: Los beneficiarios serán los designados por el asegurado en la solicitud de seguro o los de ley cuando no hayan beneficiarios designados en la solicitud de seguro.  - Para las coberturas de incapacidad total permanente, anexo de enfermedades graves, anexo de detección de cáncer: El asegurado.  - Para las coberturas de gastos de hospitalización por hurto calificado en cajero físico o electrónico y anexo de sustracción: El asegurado. | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL ASEGURADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Primer Nombre:** | | | | | **Segundo Nombre:** | | | | | | | | | | **Primer Apellido:** | | **Segundo Apellido:** | | | | |
| ./EncabezadoPoliza/PrimerNombreCliente | | | | | ./EncabezadoPoliza/SegundoNombreCliente | | | | | | | | | | ./EncabezadoPoliza/PrimerApellidoCliente | | ./EncabezadoPoliza/SegundoApellidoCliente | | | | |
| **Tipo y Número de Identificación del Asegurado:** | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | **Lugar de**  **Nacimiento:** | | **Sexo:** | | | ./EncabezadoPoliza/GeneroCliente | |
| ./EncabezadoPoliza/TipoIdentificacionAbreviadoCliente | | | No: ./EncabezadoPoliza/NumeroIdentificacionCliente | | | | | | | | ./EncabezadoPoliza/FechaNacimientoCliente | | | | ./EncabezadoPoliza/CiudadNacimientoCliente | |
| **Actividad económica del Asegurado:** | | | |  | | **Dirección de Residencia:** | | | | | | | | | | | **Teléfono:** | | | | |
| ./EncabezadoPoliza/ActividadEconomicaCliente | | | | | | ./EncabezadoPoliza/DireccionCliente | | | | | | | | | | | ./EncabezadoPoliza/TelefonoCliente | | | | |
| **Ciudad de Residencia:** | | | | | **Departamento de Residencia:** | | | | | | | | | | **Nacionalidad:** | | **Celular :** | | | | |
| ./EncabezadoPoliza/CiudadResidenciaCliente | | | | | ./EncabezadoPoliza/DepartamenoCliente | | | | | | | | | | ./EncabezadoPoliza/NacionalidadCliente | | ./EncabezadoPoliza/CelularCliente | | | | |
| **Tipo de Producto Bancario:** | ./EncabezadoPoliza/TipoCuentaCliente | | | | | | | **Número de la Cuenta de Ahorros, Cuenta Corriente o Tarjeta de Crédito:** ./EncabezadoPoliza/FechaVencimientoTarjetaCliente | | | | | | | | | **Fecha Vencimiento de la Tarjeta:** | | | | A A A A M M D D |
| **BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO PARA LOS AMPAROS DE MUERTE Y MUERTE ACCIDENTAL**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Porcentaje | | ./NombreCompletoBeneficiario | ./TipoNumeroIdentificacionBeneficiario | ./PorcentajeParticipacion |   ./BeneficiariosPolizaDocumento/BeneficiariosPolizaDocumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (\*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO DECLARO LO SIGUIENTE:**  **PRIMERO:** Mi edad no es menor a 18 años, ni mayor a 64 años + 364 días. **SEGUNDO:** No he sido declinado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de vida, salud o enfermedades graves. **TERCERO:** Las actividades a las que me dedico son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. **CUARTO:** Estoy desarrollando en forma normal mis actividades y no he recibido amenazas contra mi vida e integridad. **QUINTO:** No practico deportes que afecten mi integridad, como los considerados de alto riesgo. **SEXTO:** No padezco o he padecido alguna vez de: enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, hipertensión arterial, angina de pecho, tumores, artritis, diabetes, parálisis, epilepsia y otras enfermedades del sistema nervioso, asma, tos crónica, tuberculosis y otras enfermedades del sistema respiratorio, anemia u otras enfermedades en la sangre y/o de los ganglios linfáticos, VIH o SIDA, enfermedades inmunes, enfermedades congénitas. Cáncer (tumores), Infarto del Miocardio, Cirugía de bypass coronario, Enfermedades cerebro vasculares, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de órganos mayores, Esclerosis múltiple, otra enfermedad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AMPAROS VIDA** | | | | | | | | | **SUMAS ASEGURADAS** | | | | | | **AMPAROS ANEXO DE SUSTRACCIÓN** | | | **SUMAS ASEGURADAS** | | | |
| MUERTE | | | | | | | | | Pago de $5.000.000 | | | | | | HURTO EN CAJERO FÍSICO O SUCURSAL BANCARIA | | | Pago de hasta $1.200.000 dependiendo de la suma hurtada | | | |
| RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA | | | | | | | | | Pago de $500.000 | | | | | | HURTO EN CAJERO ELECTRÓNICO | | | Pago de hasta $1.200.000 dependiendo de la suma hurtada | | | |
| INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE | | | | | | | | | Pago de $5.000.000 | | | | | | UTILIZACIÓN FORZADA DE TARJETA DÉBITO Y/O CRÉDITO Y/O TALONARIO | | | Pago de hasta $1.200.000 dependiendo de la suma hurtada | | | |
| REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS | | | Pago de $500.000 | | | |
| MUERTE ACCIDENTAL | | | | | | | | | Pago de $10.000.000 | | | | | | REPOSICIÓN DE LLAVES | | | Pago de $500.000 | | | |
| USO INDEBIDO DE TARJETA DÉBITO Y/O CRÉDITO Y/O TALONARIO | | | Pago de hasta $1.200.000 dependiendo de la suma hurtada | | | |
| ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES | | | | | | | | | Pago de $5.000.000 por primer evento de cualquiera de las enfermedades o procedimientos de la cobertura. | | | | | | FALSIFICACIÓN Y/O ADULTERACIÓN DE BANDA MAGNÉTICA O CHIP ("CLONACIÓN") | | | Pago de hasta $1.200.000 dependiendo de la suma hurtada | | | |
| COMPRA PROTEGIDA | | | I) En caso de daño accidental: Se paga hasta $500.000. II) En caso de hurto calificado: Se paga hasta $2.500.000 | | | |
| ANEXO DE DETECCIÓN DE CÁNCER FEMENINO O PRÓSTATA | | | | | | | | | Pago de $ 2.000.000 por primer diagnóstico de los canceres cubiertos en esta cobertura. | | | | | | GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN POR HURTO CALIFICADO EN CAJERO FÍSICO O ELECTRÓNICO | | | Pago único de $5.000.000 | | | |
| MUERTE ACCIDENTAL POR HURTO CALIFICADO EN CAJERO FÍSICO O ELECTRÓNICO | | | Pago único de $50.000.000 | | | |
| **Importante:** El valor asegurado se incrementará en el mes de Enero de cada año en el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el cierre del año calendario inmediatamente anterior. Este incremento aplicará para aquellas pólizas de seguro que a la fecha de realizarse el incremento hubieren alcanzado una antigüedad mayor a 12 meses. El aumento del valor asegurado operará a partir de la fecha en la cual se incrementa el valor de la prima. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRIMA DEL SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VALOR DE PRIMA SIN IVA** | | | | | **$** ./EncabezadoPoliza/ValorPolizaSinIva | | | | | **IVA** | | | **$** ./EncabezadoPoliza/ValorIvaPoliza | | | **VALOR DE PRIMA CON IVA** | | | **$** ./EncabezadoPoliza/ValorPrimaConIva | | |
| **Importante:**  **El valor de la prima se incrementará con base en la siguiente formula:**  - Se incrementará en el mes de Enero de cada año en el porcentaje (%) equivalente al índice de precio al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el cierre del año calendario inmediatamente anterior. Este incremento aplicará para aquellas pólizas de seguro que a la fecha de realizarse el incremento hubieren alcanzado una antigüedad mayor a 12 meses.  - La compañía podrá modificar el valor de la prima dependiendo del resultado técnico y del comportamiento de siniestralidad del programa en cada vigencia anual o mensual del mismo, y en caso de llevarse a cabo, CARDIF procederá a informarla.  **Forma en la que se calcula la prima del seguro:** La prima del seguro corresponderá a un valor fijo. **Forma de pago de la prima de seguro**  El pago de la prima estará cargado mensualmente al producto financiero emitido por el Banco Agrario de Colombia S.A. y será asumido por el asegurado (“usted”). El valor de la prima estará señalado en los extractos que le suministre el Banco Agrario de Colombia S.A. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio.  **Con la firma de la presente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **a.** Conozco y acepto que la obligación de pagar la prima está en cabeza del asegurado y no del **BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.**, por lo cual autorizo a **BANCO AGRARIO COLOMBIA S.A** y a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual será descontada de acuerdo con el plan seleccionado durante la vigencia de este seguro y durante las renovaciones a que haya lugar. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo a **BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.**, para que efectúe directamente el pago de la misma a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** | | | | | | | | | | | | | | **b.** Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para cargar al producto seleccionado (cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito,) el valor correspondiente a la prima de seguro. En caso de cambio de la tarjeta de crédito por robo, extravío o deterioro de la misma, autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** para que el valor de la prima sea cargado a mi nueva tarjeta de crédito. Será mi responsabilidad mantener cupo disponible en la tarjeta de crédito designada, hasta el momento en que se verifique efectivamente el pago de la prima. | | | | | | | |
| **c.** Autorizo al **BANCO AGRARIO COLOMBIA S.A** para realizar la destrucción del presente documento, en caso de que la Tarjeta de crédito no sea aprobada por el **BANCO AGRARIO COLOMBIA S.A.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

plantilla nuevo seguro combo.xlsx



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **d**. Autorizo a efectuar la renovación automática del presente seguro, por periodos iguales al inicialmente pactado, y tengo conocimiento de que la compañía de seguros realizará una revisión del valor de la prima del seguro de acuerdo con el resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del contrato de seguro celebrado entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.  Así mismo conozco que el valor de la prima se incrementará en el mes de Enero de cada año en el porcentaje (%) equivalente al índice de precios del consumidor (IPC) certificado por el DANE para el cierre del año calendario inmediatamente anterior. Este incremento aplicará para aquellas pólizas de seguro que a la fecha de realizarse el incremento hubieren alcanzado una antigüedad mayor a 12 meses.  Una vez declarado esto y con fundamento en la revisión efectuada por la compañía de seguros, autorizo se me efectúe el cobro el valor de la prima del seguro, conforme al valor actualizado. | | | |
| **e.** Autorizo de manera voluntaria e irrevocable a la Aseguradora o a quien represente sus derechos o a la entidad que esta compañía delegue; para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la Central de Información Financiera -CIFIN o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. | | | |
| Estas autorizaciones regirán durante el período de vigencia del seguro. | | | |
| *Declaro que he leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones, del anverso y reverso, del presente certificado, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma acepto integralmente su contenido.*  Huella índice derecho  **Firma Autorizada Cardif Colombia Seguros Generales S.A. Firma del Asegurado**  **NIT: 900.200.435-3** No de Documento de Identidad: | | | |
| **INFORMACIÓN COMERCIAL** | | | |
| **Nombre Ejecutivo Comercial:** | **Cédula Ejecutivo Comercial:** | **Código Oficina Banco:** | **Ciudad / Municipio:** |



**ORIGINAL - CLIENTE**