AXA COLPATRIA

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE DESEMPLEO

Financiera progressa

DATOS ASEGURADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ No.	SEXO M ☐ F ☐	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA	ESTADO CIVIL
ACTIVIDAD/OCUPACIÓN ☐ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE	SI ES DEPENDIENTE, ¿LLEVA LABORANDO CON EL MISMO EMPLEADOR 6 MESES CONTINUOS O MAS? ☐ SI ☐ NO	SI ES INDEPENDIENTE, ¿LLEVA COTIZANDO 6 MESES CONTINUOS EN SEGURIDAD SOCIAL? ☐ SI ☐ NO	

ESPECIFICAR OCUPACIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA

CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO RESIDENCIA	TELÉFONO OFICINA	CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN

OBJETO DEL SEGURO

Otorgar una protección en caso de desempleo al deudor asegurado menor de 65 años, trabajadores con vínculo laboral escrito a término indefinido o que sean trabajadores o empleados oficiales con vínculo mediante contrato laboral escrito o nombramiento por acto administrativo, se extiende la cobertura a los empleados con contrato a término fijo que vienen renovándoselos de manera periódica por lo menos dos periodos continuos previos al contrato vigente en el momento del siniestro; o protección para trabajadores o comerciantes independientes, pensionados con actividad laboral independiente (Coberturas excluyentes entre sí) que derive en el no pago de las cuotas mensuales de las obligaciones financieras contraídas con PROGRESSA. Garantiza el pago de seis (6) cuotas mensuales una vez el deudor se encuentre en situación de desempleo generado por la terminación unilateral del contrato de trabajo sin justa causa (únicamente para trabajadores) o incapacidad total temporal por enfermedad o accidente (únicamente para independientes) previa la formalización del reclamo ante la aseguradora.

PRODUCTO A ASEGURAR

CRÉDITO No. _____

DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO	
TASA	2.7% MENSUAL
VR. PRIMA MENSUAL	
IVA	19%
PRIMA + IVA	

BENEFICIARIOS

AMPAROS	NOMBRES Y APELLIDOS	BENEFICIARIO	%
DESEMPLEO PARA TRABAJADORES CON VÍNCULO LABORAL	PROGRESSA	ONEROSO	100%
DESEMPLEO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR INCAPACIDAD TEMPORAL			

DECLARACIÓN CLIENTE

*Conozco y entiendo las características y coberturas del Seguro.
*Adquiero éste seguro de forma voluntaria.
*Acepto que el pago mensual de éste Seguro es con cargo al producto asegurado.
*La información suministrada en este documento es completa y verídica, por tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ella, tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código del comercio.
***Art. 1068 del C.Cio: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.**
*En mi calidad de tomador de la póliza referenciada en esta carátula, manifiesto expresamente que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además, que durante el proceso de negociación de la póliza, me han sido anticipadamente explicadas por la aseguradora y/o por el intermediario de seguros las exclusiones y el alcance o contenido de la cobertura de la póliza y de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza de seguros aquí contenida.

FECHA DE SOLICITUD	CIUDAD DE SOLICITUD
AÑO MES DIA	

OBSERVACIONES: _____

ANEXO ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Declaro que toda información que he suministrado y suministraré a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. a través de cualquier medio, es veraz, actual, completa, exacta y pertinente. Autorizo libremente y de manera expresa a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos para que directamente o a través de terceros lleve a cabo todas las actividades necesarias para: i) estudiar y atender la(s) solicitudes de servicios solicitados por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitudes pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios financieros, comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros, atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables. Lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes. En consecuencia, para las finalidades descritas, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. podrá: A. Conocer, almacenar y procesar toda la información suministrada por mí en una o varias bases de datos, en el formato que estime más conveniente. B. Ordenar, catalogar, clasificar, dividir o separar la información suministrada por mí. C. Verificar, corroborar, comprobar, validar, investigar o comparar la información suministrada por mí, con cualquier información de que disponga legítimamente, incluyendo aquella conocida por sus matrices, subordinadas, afiliadas o cualquier compañía del Grupo AXA. D. Acceda, consulte, compare y evalúe toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. E. Analice, procese, evalúe, trate o compare la información suministrada por mí. A los datos resultantes de análisis, procesamientos, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgo en este documento para la información suministrada por mí. F. Estudie, analice, personalice y utilice la información suministrada por mí para el seguimiento, desarrollo y/o mejoramiento, tanto individual como general, de condiciones de servicio, administración, seguridad o atención, así como para la implementación de planes de mercadeo, campañas, beneficios especiales y promociones. AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. podrá compartir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, o con los aliados de negocios que se sometan a las condiciones de la presente autorización los resultados de los mencionados estudios, análisis, personalizaciones y usos, así como toda la información y datos personales suministrados por mí. G. Reporte, comunique o permita el acceso a la información suministrada por mi o aquella de que disponga sobre mí. a. A las centrales de riesgo crediticio, financiero, comercial o de servicios legítimamente constituidas, o a otras entidades financieras, de acuerdo con las normas aplicables. b. A los terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, de servicios tecnológicos, logísticos, de cobranza, de seguridad o de apoyo general puedan tener acceso a la información suministrada por mí. c. A las personas naturales o jurídicas accionistas de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial. d. A las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación. e. A toda otra persona natural o jurídica a quien EL CLIENTE autorice expresamente. H.EL CLIENTE tendrá el deber de informar cualquier modificación, cambio o actualización necesaria y será responsable de las consecuencias de no haber advertido oportuna e integralmente sobre cualquier modificación, cambio o actualización necesaria. EL CLIENTE declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA CLIENTE _____

NOMBRE _____

C.C. _____

HUELLA INDICE DERECHO

NOMBRE ASESOR: _____

No. IDENTIFICACIÓN ASESOR: _____

CÓDIGO DE OFICINA/COORDINACIÓN: _____

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. ASUME EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO.
DIRECCIÓN PARA NOTIFICADORES – CARRERA 7 No 24-89 PISO 7 – BOGOTÁ, D.C.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN No 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.
FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA 17/10/2017–1306-P-24-P468/OCTUBR/2017-DR0I