

 fondesenttia	FORMATO	Versión: 01 Código: FEE-FOR-14 Vigencia: 24/07/2023
	AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE VIDA VEHÍCULO	

Fecha:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Señores

ESENTTIA S.A Y/O ESENTTIA MB

Ciudad _____

Ref.: Autorización descuento Póliza de vida

YO, _____ identificado (a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ autorizo que el valor de la póliza de vida relacionada a mi crédito sea descontado directamente de mi salario mensual FONDESENTTIA. De igual forma autorizo descontar en un futuro los valores correspondientes a los incrementos anuales o inflacionarios que afecten dicha póliza.

Autorizo a FONDESENTTIA tomar a mi nombre las pólizas en referencia; para lo cual le informo los siguientes datos:

Valor del préstamo	
Valor del vehículo	

Firma del asociado: _____

C.C. No: _____

Nombre: _____

 fondesenttia	FORMATO	Versión: 01 Código: FEE-FOR-015 Fecha: 11/07/2023
	AUTORIZACIÓN MODIFICACION DE CONDICIONES Y DESCUENTOS	

DD	MM	AAAA
----	----	------

Señores

FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA "FONDESENTTIA"

Ciudad _____

Ref.: Autorización modificación de condiciones y descuentos

Estimados señores:

Yo, _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, manifiesto que conozco el reglamento vigente que aplica para el crédito de _____, del Fondo de Empleados de ESENTTIA "FONDESENTTIA", que estoy informado (a) y acepto las condiciones del crédito, las cuales se relacionan a continuación:

1. Monto del crédito, tabla de amortización de capital y pago de intereses.
2. Tasa de interés remuneratoria y moratoria nominal anual y sus equivalentes expresados en términos efectivos anuales.
3. Plazos de amortización, modalidad de la cuota, forma de pago, periodicidad en los pagos de capital e intereses, tipo y cobertura de la garantía.
4. Condiciones de prepago.

En caso de mi retiro de **FONDESENTTIA** y teniendo vigente el préstamo de _____, autorizo a **FONDESENTTIA** a incrementar el porcentaje del interés del crédito al máximo mensual legal vigente, y el interés de mora a la tasa máxima permitida por ley.

De igual forma autorizo a FONDESENTTIA, para que a través de mi empleador se me descuenten mis primas legales y extralegales para amortizar el préstamo vigente.

Cordialmente,

Firma del asociado: _____

C.C. No: _____

Nombre: _____

 fondesenttia	FORMATO	Versión: 01 Código: FEE-FOR-012 Fecha: 25/07/2023
	AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO - LIBRANZA	

Ciudad y fecha: _____

Señor: **PAGADOR/FUTURO PAGADOR.**

En razón a que he contraído un crédito por la modalidad de libranza con el **FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA - FONDESENTTIA**, por valor de (en letras) _____ (\$ _____) autorizo a usted irrevocablemente para retener en forma indivisible, incondicional e ininterrumpida y hasta completar el monto total adeudado (capital e intereses) de mi salario, primas, vacaciones, bonificaciones, liquidaciones, prestaciones, indemnizaciones, seguros, pagos realizados por EPS o ARL por incapacidades, ahorros permanentes, aportes sociales y ahorros voluntarios que posea en su calidad de asociado de FONDESENTTIA y cualquiera otra remuneración o prestación legal o extra legal a que tenga derecho, las cuotas semanales, mensuales y/o semestrales correspondientes necesarias para atender la amortización de dicho crédito, en _____ (____) cuotas iguales y sucesivas, por valor de _____ (\$ _____) cada una, con amortización _____. La primera cuota será descontada el día _____ (____) del mes de _____ del año _____ (____), la fecha de vencimiento del crédito será el día _____ del mes de _____ del año _____ (____). La tasa de interés será del _____ (%) y en caso de mora la tasa será del _____ (%), sin exceder el máximo legal permitido.

Hemos convenido con FONDESENTTIA, que en el evento que el descuento por nómina para el pago de la primera cuota no pueda ser realizado en la fecha prevista, éste queda autorizado para que traslade dicho cobro a partir del siguiente mes. A partir de esta fecha empezará a contarse el plazo previsto para el pago de las cuotas.

Esta autorización no me releva de la responsabilidad personal y directa de pago que contraigo con FONDESENTTIA, y en consecuencia me obligo a cancelar personalmente las cuotas a que este obligado, para mantener al día los pagos del crédito que me concedió el FONDESENTTIA, cuando por cualquier motivo no puedan ser descontadas por nómina.

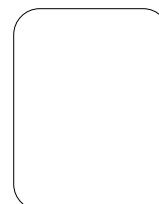
En caso de retiro por cualquier causa, autorizo que con cargo a mi liquidación final retengan y entreguen a FONDESENTTIA las sumas pendientes hasta por el saldo pendiente de los créditos a mi cargo, así mismo autorizo a mi nuevo empleador a descontar en iguales condiciones a las aquí estipuladas los créditos que le adeude a FONDESENTTIA, consignando estos valores a favor de FONDESENTTIA. De igual forma, autorizo solicitar ante la Sociedad Administradora de Cesantías el giro de las sumas que tenga a mi favor en el Fondo, para ser aplicados al saldo de mi obligación con FONDESENTTIA. En caso de obtener la pensión autorizo a mi Fondo de Pensiones a seguir descontando a favor de FONDESENTTIA cualquier valor adeudado de mi pesada pensional.

La presente autorización es de carácter expreso e irrevocable y no puede modificarse ni suspenderse sin autorización expresa y escrita de dirigida a ustedes.

Firma del asociado: _____

C.C. No: _____

Nombre: _____



Huella

 fondesenttia	FORMATO	Versión: 01 Código: FEE-FOR-10 Vigencia: 24/07/2023
	AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO	

DÍA	MES	AÑO

FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA

"FONDESENTTIA" Nit 800.091.618-2

Autorizo expresamente al FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA **"FONDESENTTIA"** para que de manera permanente e irrevocable y de carácter estrictamente personal y comercial, sea consultada y verificada con terceras personas incluyendo los bancos de datos, mi situación financiera y si existiera mi calificación de mora, igualmente para que la misma sea usada y puesta en circulación con fines estrictamente comerciales.

También autorizo expresamente para que en el caso de incumplimiento de la(s) obligación(es), sea reportada al banco de datos de **DATACRÉDITO** o a cualquier otra central de información legalmente autorizada. De esta manera las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que se estime pertinente.

Firma Deudor:

Cédula:

Observaciones:

Se adjunta estudios, análisis de crédito y demás requisitos del crédito.

 fondesenttia	FORMATO	Versión: 01
	PIGNORACIÓN DE APORTES	Código: FEE-FOR-009 Fecha: 23/06/2023

Cartagena de Indias, _____

Estimados señores:

En mi condición de asociado al Fondo de Empleados de ESENTTIA "FONDESENTTIA" y como beneficiario del crédito de _____, les informo que es mi voluntad con el presente documento, pignorar a favor del Fondo mis aportes individuales actuales y futuros, hasta la suma de (valor en letras) _____ (\$ _____), por el período de 5 años o hasta el término de duración del crédito referido.

Autorizo expresamente a FONDESENTTIA para que, en caso de mi retiro de la empresa por cualquier causal, o por muerte, estando el crédito de _____ vigente, disponga su cancelación total con los aportes pignorados, o el abono con el total de los aportes que existan al momento de mi retiro.

Cordialmente,

Firma del asociado: _____

C.C. No: _____

Nombre: _____

PAGARÉ

LUGAR Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN _____

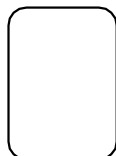
NOMBRE DE BENEFICIARIO O ACREEDOR: FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA FONDESENTTIA

LUGAR DE PAGO: _____

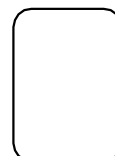
FECHA DE VENCIMIENTO: _____

Nosotros: _____, mayor de edad, vecino de _____, identificado con la Cédula de Ciudadanía número _____ de _____, actuando en nombre propio, quien en adelante se denominará **EL ASOCIADO**, y _____, mayor de edad, vecino (a) de _____, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía número _____, quien en adelante se denominará **EL DEUDOR SOLIDARIO**, conjuntamente denominados **LOS DEUDORES**, nos obligamos a pagar incondicional, solidariamente e indivisiblemente a la orden de el **FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA FONDESENTTIA** o a quien legalmente represente sus derechos, en adelante **EL ACREEDOR** la suma de _____ PESOS M/CTE. (\$ _____) por concepto de capital adeudado, más la suma de _____ PESOS M/CTE. (\$ _____) por concepto de intereses vencidos y exigibles, pagaderos el día _____, liquidados a la tasa de interés pactada en el momento del otorgamiento del(os) créditos(s), contemplada en los documentos que respaldan la obligación y acorde con lo establecido en los reglamentos de créditos de FONDESENTTIA, aprobados por la Junta Directiva, más los intereses moratorios liquidados a la tasa máxima permitida por la ley, y el costo total del recaudo de la obligación. En caso de mora pagaremos intereses de mora sobre el capital a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio de las acciones que pueda ejecutar **EL ACREEDOR** para el cobro de la deuda, caso en el cual asumiremos la totalidad de los gastos y honorarios de los abogados que intenten el cobro prejudicial o judicial. **PAGOS PARCIALES E IMPUTACIÓN AL PAGO:** **EL ACREEDOR** se reserva el derecho de aceptar pagos parciales sobre las obligaciones que constan en este pagaré y en este evento, imputar los dineros pagados con sujeción al siguiente orden: 1) a extinguir las obligaciones causadas por impuestos, costos judiciales, honorarios de abogados y demás gastos de cobro. 2) a amortizar los intereses de mora. 3) a amortizar los intereses corrientes. 4) a saldar el capital. En ningún caso se entenderá que la prórroga expresa o tácita del plazo, el recibo de abonos o cuotas parciales, la condonación de intereses corrientes o de mora y en general la renuncia u omisión de algunos de los derechos del **ACREEDOR**, implica novación de la obligación. Los pagos con cheques solo se consideran realizados si el banco girado los paga, pero en todo caso el **ACREEDOR** tendrá derecho a cobrar al girador la sanción pecuniaria establecida por la ley para el evento de no pagos de cheque por culpa del girador. **ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA OBLIGACIÓN CONTRAÍDA:** **LOS DEUDORES** declaramos conocer y aceptar las condiciones bajo las cuales les fueron otorgados los créditos respaldados mediante el presente pagaré, las cuales están acordes y se ajustan a las contempladas en los Reglamentos de Créditos aprobados por la Junta Directiva de **FONDESENTTIA**. **AUTORIZACIONES DE DESCUENTO:** En caso de presentarse alguna de las situaciones contempladas en los literales a, b, c, d, e, f y g del Capítulo de **CLAUSULA ACELERATORIA**, **EL ASOCIADO** autoriza expresamente **AL ACREEDOR** a solicitar al pagador de la empresa que genera el vínculo de asociación la deducción del saldo que le adeuda al **ACREEDOR**, de su salario, prestaciones sociales, liquidación, o de cualquier otra suma que reciba por parte de la empresa empleadora, de acuerdo a lo establecido en la autorización de descuento-libranza anexo. Así mismo, **EL ASOCIADO** autoriza a **FONDESENTTIA** a deducir sus deudas de los saldos de los ahorros permanentes, aportes sociales y ahorros voluntarios que posea en su calidad de **ASOCIADO DE FONDESENTTIA**. **CLAUSULA ACELERATORIA:** **LOS DEUDORES** autorizamos expresamente al **ACREEDOR**, para declarar extinguido o insubsistente el plazo y a exigir el pago total de las obligaciones a favor del **ACREEDOR** con todos sus accesorios, sin necesidad de requerirlos para el efecto judicial ni extrajudicialmente en cualquiera de los siguientes eventos a) por la pérdida de la calidad de asociado de FONDESENTTIA, b) por incumplimiento de alguna de las condiciones pactadas en el otorgamiento de la obligación, c) por la mora en que incurra en el pago de cualquiera de las obligaciones que solidaria o conjuntamente tenga para con **EL ACREEDOR** d) por la insolvencia económica o porque esta sea demandada para el cobro ejecutivo de sus obligaciones e) por el giro de cheques que no sean pagados, f) por falsedad en la información presentada, g) por desmejora de las garantías otorgadas. **IMPUESTOS:** En caso de que el presente pagaré, según las disposiciones vigentes, cause el pago del impuesto de timbre, o cualquier otro impuesto, estos serán asumidos por **LOS DEUDORES** en su totalidad, así como los demás gastos que se cause, en el otorgamiento de este pagaré. **RENUNCIA A REQUERIMIENTOS JUDICIALES:** **LOS DEUDORES** renuncian expresa e irrevocablemente a los requerimientos judiciales.

Firma: _____
Nombre del Asociado: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____ Ciudad: _____



Firma: _____
Nombre Deudor Solidario: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____ Ciudad: _____



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO PAGARÉ

CIUDAD Y FECHA _____

Señores:

FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA – FONDESENTTIA

Ciudad

Por medio de la presente Nosotros, _____, actuando en mi calidad de ASOCIADO de FONDESENTTIA y _____, en mi calidad de DEUDOR SOLIDARIO, conjuntamente denominados **LOS DEUDORES**, autorizamos de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 622 del Código de Comercio en forma incondicional e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA FONDESENTTIA**, en su calidad de ACREEDOR o sus legítimos cesionarios o causahabientes para llenar los espacios en blanco del pagaré No _____ suscrito a su favor, sin previo aviso, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

En el espacio en donde se establece la Fecha de Vencimiento, **EL ACREEDOR** colocará la del día en que proceda a llenar los espacios en blanco del pagaré; a partir de esta fecha comenzarán a correr los intereses de mora sobre los saldos a capital adeudados. El lugar de pago será el indicado en el pagaré y de no estar esta información, será la ciudad en la cual se encuentre la oficina de **FONDESENTTIA** en la que se haya hecho la operación.

En el espacio en blanco incluido en el cuerpo del pagaré, que hace referencia a la suma que **LOS DEUDORES** se comprometen a pagar, se consignará el monto de cualquier cantidad insoluta que por concepto de capital aparezca registrada en los libros de contabilidad o conste en los archivos o registros del **FONDO DE EMPLEADOS DE ESENTTIA FONDESENTTIA**, de conformidad al literal c) del artículo 626 de la ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso ; ya sea presente o futura, directa o indirectamente, conjunta o separadamente le deban o llegaran a deber a **FONDESENTTIA**. Cualquier plazo pendiente de las obligaciones en dinero a favor del **ACREEDOR** se tendrá por vencido y la deuda será exigible en la fecha de vencimiento. Si alguna de las operaciones llegare a estar en moneda extranjera, autorizo a **FONDESENTTIA** a liquidarla en pesos colombianos, al tipo de cambio vigente para dichas divisas en el día en que se decida llenar el pagaré.

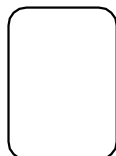
En el siguiente espacio en blanco, que hace referencia a la suma que **LOS DEUDORES** reconocerán al **ACREEDOR** por concepto de intereses corrientes vencidos y exigibles, se consignará el valor de los intereses devengados por deudas a favor de **FONDESENTTIA**, que no hayan sido cubiertos en la fecha en la cual se llene este pagaré, y que no hayan cumplido un año de vencidos y se hayan causado por cualquiera de los conceptos mencionados en el párrafo anterior. De igual forma, en este espacio se podrá incluir cualquier suma que corresponda a gastos efectuados para el cobro, tales como impuestos de timbre y cualquier otro gravamen causado hasta la fecha de diligenciamiento del presente pagaré.

La Tasa de Interés de Mora será la máxima permitida por la Ley, de conformidad con certificación expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, o la entidad que haga sus veces o que disponga el Gobierno Nacional. De igual forma, se acepta expresamente que los intereses corrientes vencidos y exigibles que hayan cumplido un año o más de vencidos, devengarán interés de mora de acuerdo con el Artículo 886 del Código de Comercio.

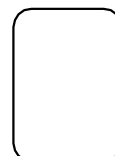
FONDESENTTIA, además de los eventos de aceleración de los plazos previstos en la ley o en los documentos contratados o títulos de deuda respectivos, podrá llenar el pagaré No _____ en los siguientes casos: a) por la pérdida de la calidad de asociado de **FONDESENTTIA**, b) por incumplimiento de alguna de las condiciones pactadas en el otorgamiento de la obligación, c) por la mora en que incurran **LOS DEUDORES** en el pago de cualquiera de las obligaciones que solidaria o conjuntamente tengan para con **EL ACREEDOR** d) por la insolvencia económica de alguno de **LOS DEUDORES** o porque estos sean demandados para el cobro ejecutivo de sus obligaciones e) por el giro de cheques que no sean pagados, f) por falsedad en la información presentada, g) por desmejora de las garantías otorgadas.

Declaramos haber recibido copia de la presente carta de instrucciones.

Firma: _____
Nombre del Asociado: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____ Ciudad: _____



Firma: _____
Nombre Deudor Solidario: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____ Ciudad: _____





Solicitud de Seguro Vida Grupo HDI

Favor diligenciar este formato en letra imprenta

Fecha		
Día	Mes	Año

TOMADOR

Entidad Contratante		NIT.	
E-mail	Celular	Ciudad	

ASEGURADO

Nombres y Apellidos		Tipo y Número de Identificación		Fecha de Nacimiento	
				Día Mes Año	
Edad	Correo Electrónico	Actividad/Profesión	Oficio que usted desempeña		
Dirección Residencia		Ciudad	Departamento	Teléfono	Celular
Peso aproximado en Kilogramos.	Estatura	Sexo M ☐ F ☐	Valor Asegurado Solicitado \$		

SEGURO DE VIDA VIGENTE O EN TRAMITE QUE TIENE EL SOLICITANTE

Compañía	Ramo - No. Póliza	Valor Asegurado o Solicitado	Amparos Adicionales	Año Expedición

AMPAROS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
AMPARO BÁSICO DE VIDA	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	
ENFERMEDADES GRAVES	
AUXILIO FUNERARIO	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Padece o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Trastornos Neurológicos, Cardiovasculares, Pulmonares, Gastrointestinales, Renales, Endocrinos, Autoinmunes, Genitales, ETS, Cáncer, Desórdenes Sanguíneos, Psiquiátricos y Alcoholismo o Drogadicción. Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico	SI ☐ NO ☐
2. En su leal saber o entender, conoce la existencia de otra Enfermedad, ¿patología o trastorno adicional a los mencionados anteriormente? ¿Actualmente se encuentra bajo algún estudio médico o se diagnosticó recientemente alguna Patología? ¿Ha sido sometido a alguna cirugía? ¿Tiene procedimientos pendientes? Explique detalladamente	SI ☐ NO ☐
3. Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? ¿Conoce la existencia de patología de oído, antecedentes de disfonía o afonía? Sufre de alguna patología de miembro tal como síndrome del manguito rotador, tendinitis, túnel del carpo o trastornos en rodilla? ¿Tiene patología en columna como hernias? Antecedentes de depresión y/o ansiedad? ¿Se ha documentado alguna discapacidad o invalidez? ¿Ha sido valorado por alguna Junta Médica de Incapacidad?	SI ☐ NO ☐
4. UNICAMENTE PARA FUMADORES ¿Fuma diariamente más de un paquete diario (20 cigarrillos)? ¿Cuántos paquetes fuma al día? ¿Desde hace cuántos años? Suministre detalles	SI ☐ NO ☐
5. SOLO PARA MUJERES ¿Se encuentra en embarazo? Informe las semanas de gestación ¿Ha tenido complicaciones en los embarazos anteriores?	SI ☐ NO ☐
6. ¿Practica algún deporte considerado de alto riesgo? Automovilismo, buceo, carreras de autos, motociclismo entre otros. Suministre detalles	SI ☐ NO ☐
7. ¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado o Extraprimado una solicitud de seguro de Vida? Amplie la información	SI ☐ NO ☐
8. ¿Las actividades a las que se dedica son lícitas y se ejercen dentro de los marcos legales?	SI ☐ NO ☐
9. ¿Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad?	SI ☐ NO ☐

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número Identificación	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	%

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA “De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.”

AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO “en caso de celebrarse el contrato de seguros que mediante este documento solicito, autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que La Aseguradora, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a treinta (30) días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO. “Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto **Poliza de Seguro de Vida Grupo Empresarial HDI 02/01/2025-1333-NT-P-34-VIDAGRUPOTO000000** las cuales se encuentran disponibles en la a página web de La Aseguradora www.hdiseguros.com.co

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO que, la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que la aseguradora haga del mismo de manera expresa.

AFIRMO QUE MIS ACTIVIDADES, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS SOLICITO, DESDE YA, EN CASO DE SER CELEBRADO EL CONTRATO DE SEGUROS A QUE SE REFIERE LA PRESENTE SOLICITUD LA REVOCACIÓN DEL PRESENTE SEGURO, AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA QUE ESTE CURSADO, EN CASO DE SER INCLUIDO EN LAS LISTAS RESTRICTIVAS DE LA OFAC Y/O DE LA ONU, CUANDO ESTA CIRCUNSTANCIA SE PRESENTE Y SOLICITO SE INFORME DE ELLO AL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE LA ASEGURADORA.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A., y HDI Compañía de Inversiones y Servicios S.A.S., en adelante Las Compañías, para que con fines, comerciales realicen envío de información de ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de Las Compañías, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte, y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, Fasecolda e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a Las Compañías a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Las Compañías me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros). De igual forma AUTORIZO a Las Compañías y a las entidades que éstas deleguen a que me contacten para los propósitos anteriormente señalados a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales lo indicaré por escrito a Las Compañías.

COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO INCLUIDO EN ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EN CONSTANCIA DE ELLO, EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

Huella Dactilar

Para constancia se firma en

a los

días del mes de

de

Índice Derecho

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. No.

DE