



SOLICITUD DE CRÉDITO LIBRANZA Y SEGURO VIDA DEUDOR

TOMADOR: BANCEN S.A., NIT.: 900.200.960 - 9
DILIGENCIAR EL FORMATO EN TINTA NEGRA Y LOS ESPACIOS QUE NO APLIQUEN REGISTRAR N/A

SECTOR PÚBLICO TITULAR
SECTOR PRIVADO DEUDOR SOLIDARIO

SELECCIONA CON UNA X EL TIPO DE PRODUCTO Y TIPO DE VINCULACIÓN

Form fields for Ciudad, Cod. Asesor, Monto solicitado, Plazo Solicitado, Valor prima Seguro vida deudor, and selection options for FORMA DE PAGO and DESTINO DEL CRÉDITO.

DATOS PERSONALES DEL TITULAR Y ASEGURADO

Form fields for personal data including Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre, TIPO DE DOCUMENTO, NÚMERO DEL DOCUMENTO, Fecha De Expedición, Lugar de Expedición, Genero, Lugar De Nacimiento, Nacionalidad, Fecha De Nacimiento, ESTADO CIVIL, Soltero, Casado, Unión Libre, Viudo, Divorciado, Personas a Cargo, NIVEL DE ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN, Entidad pagadora, Dirección de Residencia, Barrio, Ciudad / Municipio, Departamento, Celular, Teléfono de Residencia, TIPO DE VIVIENDA, Propia, Familiar, Arrendada, Estrato, E-mail, En caso contrario selección, Dirección de Residencia, Dirección de Empresa.

SI ES EMPLEADO, POR FAVOR DILIGENCIE ESTE ESPACIO

Form fields for employment details including Nombre De La Empresa, Donde Trabaja Actualmente, TIPO DE EMPRESA, Pública, Privada, Fecha de Ingreso, Cargo Actual, TIPO DE CONTRATO, Fijo, Temporal, Prestación de Servicios, Otro, E-mail Oficina, Teléfono Oficina, Dirección Oficina, Barrio, Ciudad / Municipio, Departamento, Si Lleva menos de seis (6) Meses de antigüedad en la empresa actual, Indique empresa anterior, Tiempo de Vinculación (en Meses), Fecha de Ingreso, Fecha de Retiro, ¿Es funcionario público?, ¿Administra recursos públicos?, ¿Goza de reconocimiento público?, and a table for TIPO DE IDENTIFICACIÓN, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN, NOMBRE COMPLETO, NACIONALIDAD, TIPO DE RELACIÓN.

DATOS DEL CÓNYUGE (Compañero (a) permanente)

Form fields for spouse data including Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre, TIPO DE DOCUMENTO, C.C., C.E., Pasaporte, Carnet Diplomático, Número De Documento, Celular, Ocupación U Oficio, E-mail, Empresa Donde Trabaja, Dirección de la Empresa, Teléfono de la Empresa.

INFORMACIÓN FINANCIERA

Form fields for financial information including Ingresos mensuales, Egresos Mensuales, Otros Ingresos, Otros Egresos, ¿Cuáles?, Total Ingresos, Total Egresos, DETALLES ACTIVOS, Tipo De Inmueble, Matricula Inmobiliaria, Valor Comercial, Dirección, Ciudad, Hipoteca, Tipo De Vehículo, Marca, Modelo, Placa, Valor Comercial, Pignorado, Asegurado.

TOTAL ACTIVOS

TOTAL PASIVOS

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Form fields for economic activity including OCUPACIÓN, Empleado, Pensionado, Independiente, Otro, ¿Cuál?, RÉGIMEN DE IVA, Régimen Común, Régimen Especial, ¿Declara Renta?, ¿Declara ICA?, Retención en la fuente, SECTOR DE LA ACTIVIDAD, Comercial, Transporte, Servicios Financieros, Agroindustrial, Salud, Código CIU, Breve Descripción, Industrial, Construcción, Turismo, Educación.

REFERENCIAS

REFERENCIAS FAMILIARES (QUE NO VIVAN CON EL SOLICITANTE)

Form fields for family references including Nombre, Teléfono, Celular, Parentesco, Ciudad.

REFERENCIAS PERSONALES (QUE NO TRABAJEN CON EL SOLICITANTE)

Form fields for personal references including Nombre, Teléfono, Celular, Parentesco, Ciudad.

CRÉDITOS VIGENTES A RECOGER

Table with columns: NOMBRE ENTIDAD, NIT, SALDO A RECOGER. Rows 1-5.

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

Form fields for disbursement information including MODALIDAD DE DESEMBOLSO, Giro Bancario en efectivo / Pin, Abono en Cuenta, Ahorros Corriente, Número de Cuenta, Entidad, Ciudad.

OPERACIONES INTERNACIONALES

Form fields for international operations including ¿Realiza operaciones en moneda extranjera?, TIPO DE OPERACIÓN, Importaciones, Exportaciones, Prestamos en Moneda Extranjera, Inversiones, Otro.

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA

Table with columns: PRODUCTO, ENTIDAD, No. PRODUCTO, MONTO, CIUDAD, PAÍS, MONEDA.

REFERIDOS

Table with columns: NOMBRES Y APELLIDOS, CÉDULA, TELÉFONO.

Notas Aclaratorias: PEP: Persona políticamente o públicamente expuesta, se catalogan como PEP aquellas personas que son funcionarios públicos, gozan de reconocimiento público o administran recursos públicos. Reglas para determinar el parentesco: Primer grado de consanguinidad: línea directa padre y madre, hijos. Segundo grado de consanguinidad: línea directa abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: Padres del cónyuge, hijos aun cuando no sean hijos naturales, los hijos propios de su cónyuge que no sean suyos, para los casos de adopción, legalmente ejecutada, se establecerá un parentesco de orden civil. Segundo grado de afinidad: Abuelos del cónyuge, nietos cónyuge, hermanos del cónyuge. Primero Civil: Hijos adoptivos y padres adoptantes.

**PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO PARA LÍNEA DE CRÉDITO DE LIBRANZA**  
Esta solicitud de seguro hace parte de las pólizas N° 34-8401-0001

**DECLARACIÓN DE BUENA SALUD**

Peso  kg Estatura  Mts Diestro  Ambidiestro  Zurdo  Deporte que practica:

Ocupación detallada:  Valor Asegurado: \$

1. Marque SI o No si ha padecido o padece en este momento de las siguientes enfermedades:

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Enfermedades Cardiológicas			Enfermedad Psiquiátrica			Enfermedad Renal			Alzheimer		
Cáncer			Diabetes			Tuberculosis			Hepatitis		
Insuficiencia Renal			Esclerosis Múltiple			Enfermedad Inmunológica			Cirrosis		
Accidente cerebrovascular			Lupus			Sida			Infarto de Miocardio		
Enfermedad Cerebral			Parálisis			Hipertensión Arterial			Alcoholismo o drogadicción		

2. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las numeradas anteriormente? SI  NO  ¿Cuál?

3. ¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI  NO

4. ¿Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI  NO

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI  NO

6. Le ha sido declarado legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI  NO

7. Le ha sido declarado legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50% o más? SI  NO

8. ¿Esta tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI  NO

**PRIMAS Y VALORES ASEGURADOS**

**LIBRANZA**

Valor asegurado: Saldo de la deuda hasta 200 SMMVL

Edad límite de ingreso	Plan	COBERTURAS		Valor de la prima mensual* millón del saldo de la deuda
		MUERTE	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	
	Plan 1	18 años - 75 años + 364 días	18 - 69 años + 364 días	\$ 1.247
	Plan 2	76 años - 78 años + 364 días		\$ 6.370
	Plan 3	79 años - 81 años + 364 días		\$ 9.750
	Plan 4	82 años - 84 años + 364 días		\$ 16.215

**IMPORTANTE:**

- El valor de la prima mensual será cobrado a través del extracto del producto financiero con la entidad tomadora.
- El valor total de la prima puede variar teniendo en cuenta la extra prima informada al momento de adquirir su producto financiero en relación con el reporte de declaración de salud.

**DECLARACIONES**

- Declaro que soy mayor de 18 años.
- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y BANCIENT S.A., conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
- Manifiesto expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en la ruta <http://bseg.co/seguro8401>.
- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier retención, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en retención, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro generará la nulidad relativa del seguro.
- Con la suscripción de este seguro declaro que no he sido diagnosticado de ninguna enfermedad y soy consciente que el seguro no cubre la muerte o la invalidez relacionados a enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la compra de la presente póliza.
- Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves.
- Declaro que soy Residente Permanente en Colombia.

**AUTORIZACIONES**

- Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, precontractuales, contractuales y poscontractuales, y, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR, Asimismo, autorizo el procesamiento de mis datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transmitir y/o Transferir mis Datos a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, con el tomador de la póliza, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Sé que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables. Declaro que la información de terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual. Sé que para mayor información, puedo consultar la página Web [www.bnpparibascardif.com.co](http://www.bnpparibascardif.com.co) enlace "Privacidad".
- Autorizo a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y BANCIENT S.A. para que a través de WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, tales como correo electrónico y mensajes de texto, me suministren información referente a mi seguro y me contacten para cualquier proceso posventa incluidos la atención de siniestros, PQR y otros procesos relacionados con la gestión del presente seguro.
- Autorizo a BANCIENT S.A. para que efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- Autorizo expresamente a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.
- Autorizo a BANCIENT S.A. para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- Autorizo a que mi información relacionada con el SARLAFT y que repose en el formulario y documentos suministrados a BANCIENT S.A. pueda ser compartida por dicha entidad con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

**DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO**

Señor(a) asegurado(a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

- Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. • Telefax: 60(1) 6108161 y 60(1) 6108164
- Defensor Suplente: Ana María Giraldo. • Dirección: Carrera 11ª #96 -51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C
- Correo Electrónico: [defensoriacardif@ustarizabogados.com](mailto:defensoriacardif@ustarizabogados.com) • Horario de Atención: 8:00 am a 6:00 pm Jornada Continua.

**CONDICIONES DEL SEGURO DEUDORES**

La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

- Oficinas de BANCIENT S.A. en donde adquirió su seguro.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://bseg.co/seguro8401> y/o código QR señalado en la presente solicitud a través de cualquier dispositivo móvil.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE**

Manifiesto que antes de aceptar la suscripción de este seguro, me fueron explicadas las características del producto y se verificaron las condiciones de Asegurabilidad, es decir que el seguro si me cubre los riesgos que estoy declarando. En virtud de lo anterior, expreso que conozco: 1) la importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, mi edad y las consecuencias de entregar información inexacta o incompleta. 2) las coberturas de la póliza, sus amparos, sus exclusiones y su vigencia. 3) los valores asegurados, el valor de la prima y la forma de pago. 4) los procedimientos, canales y medios que puedo utilizar en caso de solicitar una indemnización, requerir cualquier información, o presentar un requerimiento o queja. 5) que todas las condiciones del producto y los servicios se encuentran disponibles mediante consulta del código QR, o la URL, o en la página web de Cardif Colombia Seguros Generales S.A. Declaro haber sido debidamente informado, haber leído el presente documento y conocer totalmente los textos de las "Autorizaciones" contenidas en la presente solicitud de seguro.



Firma del Asegurado  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
No de Documento: \_\_\_\_\_  
con esta firma se autoriza uso de datos de salud.

*[Firma]*  
Firma Autorizada  
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.  
NIT. 900.200.435-3

**REGLAMENTO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO**

Autorizo expresamente a BANCIENT S.A. para poder debitar de cualquier contrato de depósito que tenga para con esta, los valores que por cualquier concepto le deba a BANCIENT S.A. en calidad de deudor. Para que proceda dicha autorización, esta deberá estar contenida en los contratos de producto, reglamentos de crédito y/o pagarés y/o carta de instrucciones que suscriba EL CLIENTE con BANCIENT S.A. procederá a realizar el débito, siempre que se cumplan los siguientes presupuestos: 1) Que sea deuda de dinero. 2) Que la deuda sea líquida; y 3) Que sea actualmente exigible.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS E INFORMACIÓN DEL TITULAR**

El Cliente declara que los recursos que girará o entregará en desarrollo del presente contrato no provienen, ni provendrán actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano y que provienen de su patrimonio. Así mismo, declara que la información suministrada en esta solicitud es real y verificable y asume plena responsabilidad por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o durante la vigencia del contrato, información que se compromete a actualizar al menos una vez año y cuando sea relevante para el desarrollo del contrato.

**AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN**

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a BANCIENT S.A., a sus cesionarios o a quien represente sus derechos para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito y/o cualquier otro servicio financiero; b) Reportar en las centrales de riesgo, directamente o por intermedio de las entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, datos tratados o sin tratar, referidos a: (i) cumplimiento oportuno e incumplimiento, de mis obligaciones crediticias, deberes constitucionales y legales de contenido patrimonial, de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa; (ii) mis solicitudes de crédito así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos; c) Conservar, tanto en BANCIENT S.A. como en las centrales de riesgos, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información suministrada. Reconozco y acepto que BANCIENT S.A. no es responsable de los periodos de permanencia de tal información en los bancos de datos, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados.

**TITULARES**

Manifiesto que he diligenciado de manera voluntaria la presente solicitud, y declaro conocer y aceptar los términos y condiciones que establecen los documentos denominados "CONDICIONES PREVIAS Y GENERALES DE CRÉDITO DE LIBRANZA BANCIENT S.A. y el "REGLAMENTO DE PRODUCTO", los cuales me fueron entregados y puestos a disposición en la página web [www.ban100.com.co](http://www.ban100.com.co); así como recibido el condicionado del seguro

FIRMA DEL DEUDOR

NOMBRE  
C.C.

Huella índice derecho

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR ASESOR (A) COMERCIAL**

Observaciones:

En mi calidad de Asesor Comercial para BANCIENT S.A. declaro que he asesorado y entrevistado personalmente al solicitante. Así mismo, declaro que el solicitante diligenció en mi presencia la solicitud adjunta y todos los anexos, que le tomé las huellas dactilares y verifiqué la veracidad de los documentos que se adjuntan a la presente solicitud. Por lo anterior declaro que la información de esta solicitud y anexos no será compartida, transferida o entregada a terceros.

NOMBRE ASESOR(A) COMERCIAL	FIRMA DEL ASESOR (A) COMERCIAL	FECHA	HORA:	LUGAR:
		DÍA MES AÑO		

C.C.