

| | | | | | | | |
|---|---|-----|-----|-----|--|--|--|
| <input type="radio"/> NUEVO <input type="radio"/> ANTIGUO <input type="radio"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS | LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">AÑO</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | DÍA | MES | AÑO | | | |
| DÍA | MES | AÑO | | | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|
| CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO | RAMO DESEMPLEO | AMPAROS OTORGADOS | * DESEMPLEO INVOLUNTARIO * INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|

| DATOS DEL TOMADOR | |
|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO NIT <input checked="" type="checkbox"/> No. 800.097.913-8 | RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres) FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| DIRECCIÓN Calle 59A bis No. 5-33 | TELEFONO (1) 3218299 | CIUDAD / MUNICIPIO Bogotá | DEPARTAMENTO Bogotá |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|

| DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL | |
|--|--|
| TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> No. _____ | |

| | | | |
|--------------------|------------------|---------------|----------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
| CORREO ELECTRÓNICO | TELEFONO CELULAR | NACIONALIDAD | |

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|
| DIRECCIÓN DOMICILIO | TELEFONO DOMICILIO | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA | CARGO QUE DESEMPEÑA | INGRESOS MENSUALES \$ | |

| (Señales con una X) ESPACIO PARA EMPLEADOS | | (Señales con una X) ESPACIO PARA PERSONAS INDEPENDIENTES | |
|---|---|--|--|
| TIPO CONTRATO <input type="radio"/> TÉRMINO INDEFINIDO <input type="radio"/> TÉRMINO INDEFINIDO CON RENOVACIÓN PRESUNTIVA <input type="radio"/> TÉRMINO FIJO A 1 AÑO <input type="radio"/> OTRO ¿CUÁL? _____ | <input type="radio"/> FUNCIONARIO PUBLICO <input type="radio"/> CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input type="radio"/> CONTRATO LABORAL VERBAL <input type="radio"/> OTRO ¿CUÁL? _____ | | |

LA CONDICIÓN DEL ASEGURADO, COMO EMPLEADO O INDEPENDIENTE SERÁ DEMOSTRADO POR EL MISMO EN LA OCURENCIA DEL SINIESTRO (EL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL O TEMPORAL)

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:
 ¿Maneja recursos públicos? Si No ¿Tiene reconocimiento público? Si No ¿Ejerce algún grado de poder público? Si No

VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA COMIENZA A LAS 23 HORAS 59 MINUTOS DEL DÍA EN QUE SE REALICE EL DESEMBOLSO DEL CREDITO.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESEMPLEO FONDO DE EMPLEADOS DE GRANFONDO

1. OBJETO.
AMPARO.
 CONTRA EL RIESGO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, A LOS DEUDORES (PERSONA NATURAL) DEL TOMADOR, INDEMNIZANDO HASTA EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL QUE SE HAYA ESTABLECIDO POR EFECTOS DE LA OBLIGACIÓN ADQUIRIDA.
 EL PRESENTE DOCUMENTO APLICA PARA CRÉDITOS NUEVOS Y REFINANCIACIONES QUE SE EFECTÚEN BAJO EL MISMO CRÉDITO.
ASEGURADOR.
 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860.524.654 – 6.
TOMADOR.
 FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.
ASEGURADOS.
A) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO INDEFINIDO, CUYO CONTRATO TENGA UNA ANTIGÜEDAD MÍNIMA DE DOS (2) MESES.
B) QUE EL ASEGURADO CUENTE CON UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO, O TÉRMINO FIJO VIGENTE MÍNIMO POR UN AÑO, CUYA VIGENCIA SE VEA INTERRUMPIDA UNILATERALMENTE POR EL CONTRATANTE SIN JUSTA CAUSA ANTES DE SU VENCIMIENTO.
C) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO QUE TENGAN CLÁUSULA DE PLAZO PRESUNTIVO SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE CONTINUIDAD LABORAL MÍNIMO DOS (2) AÑOS CON LA MISMA ENTIDAD.
BENEFICIARIOS.
 PARA EL AMPARO DESCRITO EN LA PÓLIZA: COBERTURA DE DESEMPLEO (DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL) SERÁ EL TOMADOR DE LA PÓLIZA **FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO**, SIN EXCEDER LA SUMA ASEGURADA Y PERIODOS DE INDEMNIZACIÓN ACORDADOS.
2. AMPAROS.
2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Dependientes).
 POR MEDIO DEL PRESENTE AMPARO SE INDEMNIZA EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO POR UN PERÍODO CONSECUTIVO IGUAL AL ACORDADO CON EL TOMADOR Y DESCRITO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, CAUSADO DE MANERA FORTUITA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, ES DECIR RESULTANTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:
 A) DESPIDO SIN JUSTA CAUSA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA.
 B) INTERRUPCIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO (TÉRMINO INDEFINIDO O TÉRMINO FIJO MÍNIMO UN AÑO), SIN JUSTA CAUSA. EN EL CASO DE CONTRATOS A TÉRMINO FIJO SE AMPARA LA INTERRUPCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR, ANTES DEL VENCIMIENTO NATURAL DEL CONTRATO.
 C) SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO DESEMPLEO INVOLUNTARIO CUANDO TERMINE EL CONTRATO DE TRABAJO POR MUTUO ACUERDO ENTRE EMPLEADOR Y ASEGURADO, AVALADO DICHO ACUERDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, MEDIANTE UN ACTA DE CONCILIACIÓN Y ADICIONALMENTE QUE EN LA LIQUIDACIÓN FINAL DE PRESTACIONES DE DICHO TRABAJADOR SE HAYA RECONOCIDO Y PAGADO UNA BONIFICACIÓN NO MENOR AL 50% DE LA INDEMNIZACIÓN LEGAL O CONVENCIONAL QUE LE HUBIESE CORRESPONDIDO EN CASO DE UN DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.
NOTA. POR CADA ASEGURADO EN DESEMPLEO INVOLUNTARIO SE AMPARA HASTA UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN.
2.1.1 ASEGURADOS BAJO ESTE ANEXO.
 BAJO ESTE AMPARO ES OBLIGATORIO ASEGURAR SOLAMENTE A:
 1. TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO CUYO CONTRATO LABORAL HAYA INICIADO COMO MÍNIMO DOS (2) MESES ANTES DE INGRESAR A LA PÓLIZA.
 2. TRABAJADORES CON UN CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO, O TÉRMINO FIJO VIGENTE MÍNIMO POR UN (1) AÑO, CUYA VIGENCIA SE VEA INTERRUMPIDA UNILATERALMENTE POR EL CONTRATANTE SIN JUSTA CAUSA ANTES DE SU VENCIMIENTO.
 3. TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO QUE TENGAN CLÁUSULA DE PLAZO PRESUNTIVO SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE CONTINUIDAD LABORAL MÍNIMO DOS (2) AÑOS CON LA MISMA ENTIDAD.
2.1.2. EXCLUSIONES DESEMPLEO.
 A) CUALQUIER ACTO DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN, REBELIÓN O ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL.
 B) CUANDO A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA EL TRABAJADOR TIENE UN CONTRATO LABORAL CON MENOS DE DOS (2) MESES DE INICIADO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA RENOVACIONES ININTERRUMPIDAS EN CONTRATOS DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO.
 C) POR FINALIZACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA.
 D) DESEMPLEO VOLUNTARIO (LA RENUNCIA).
 E) DESPIDO POR PARTE DEL EMPLEADOR CON JUSTA CAUSA.
 F) CONTRATOS DE TRABAJO NO ASEGURADOS BAJO ESTA COBERTURA TALES COMO: VERBALES, QUE NO CUMPLAN CON LAS EXIGENCIAS DE LA LEGISLACIÓN LABORAL (CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO).
 G) DESEMPLEO DEL ASEGURADO A CAUSA DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ.
 H) DESPIDO COLECTIVO CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.
 I) LOS SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN, LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA O FUSIÓN DE EMPRESAS.
 J) HABER ENLISTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS.
 K) CONTRATOS LABORALES A TÉRMINO INFERIOR A UN (1) AÑO.
 L) CUANDO LOS EMPLEADOS TRABAJADORES SEAN EMPLEADOS DE SU PROPIA EMPRESA.
 M) DESEMPLEO QUE OCURRA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENZIA TREINTA (30) DÍAS O EN EL PERÍODO DE PRUEBA DEL TRABAJADOR.
 N) LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO POR MUTUO ACUERDO, SI NO EXISTE CONCILIACIÓN, O SI LA INDEMNIZACIÓN LEGAL QUE LE HUBIERE CORRESPONDIDO SEA INFERIOR AL 50% EN CASO DE DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.
 O) CONTRATOS DE TRABAJO CON COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO
 P) DESEMPLEO RESULTANTE DEL VENCIMIENTO DE LOS CONTRATOS PACTADOS A TÉRMINO FIJO POR FINALIZACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA
 Q) EMPLEADOS EN "PROVISIONALIDAD"
 R) SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA O FUNCIÓN DE EMPRESAS
 S) TODOS AQUELLOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.
NOTA. EN DESEMPLEO INVOLUNTARIO, SI LA PERSONA ASEGURADA SE REINTEGRA A LABORAR DENTRO DEL PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN PACTADO DE SEIS (6) MESES, CESARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DE LOS MESES FALTANTES PARA COMPLETAR EL PERÍODO ACORDADO.
2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Independientes)
 MEDIANTE ESTE ANEXO SE INDEMNIZA LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LE IMPIDA DE MANERA TEMPORAL DESARROLLAR UN TRABAJO REMUNERADO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD SEA IGUAL O MAYOR A VEINTE (20) DÍAS Y MENOR O IGUAL A (180) DÍAS.
NOTA. POR CADA ASEGURADO EN INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE AMPARA HASTA UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN DEL CRÉDITO.
2.2.1 ASEGURADOS BAJO ESTE ANEXO.
 A) LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES.
 B) LAS PERSONAS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
 C) LAS PERSONAS CON CONTRATO LABORAL VERBAL.
 D) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO.
2.2.2 EXCLUSIONES DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.
 A) INCAPACIDADES SUPERIORES A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS.
 B) CUANDO SEAN PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, MOTÍN O ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA, O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL VIGENTE AL MOMENTO DE LOS HECHOS.
 C) TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIONES INTENCIONALES CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEAN EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
 D) PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DEL ASEGURADO EN ACTOS DELICTIVOS, INFRACCIONES O CONTRAVENCIONES DE

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO INDIVIDUAL SEGURO DE DESEMPLEO - GRANFONDO - FM-SUSV-52 - V.1.12/09/2017

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESEMPLEO FONDO DE EMPLEADOS DE GRANFONDO

ACUERDO A LA LEY PENAL.
E) ACCIDENTES QUE SUFRAN EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
F) RADIACIÓN Y CONTAMINACIÓN CON RADIOACTIVIDAD.
G) ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
H) TODOS AQUELLOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE DESEMPLEO.
I) INCAPACIDADES PRODUCIDAS DENTRO DEL PERIODO DE CARENANCIA (30 DÍAS).
J) ASEGURADOS BAJO ESTE AMPARO QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE AFILIADOS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EPS (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O RÉGIMEN SUBSIDIADO A TRAVÉS DEL SISBEN).
K) ENFERMEDADES PREEXISTENTES.
L) PENSIONADOS POR JUBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ.

DÍAS CALENDARIO Y SE APLICARÁ UNA SOLA VEZ A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA PARA LA PRIMERA VIGENCIA ANUAL. EL PERIODO DE CARENANCIA NO APLICARÁ PARA RENOVACIONES INDIVIDUALES."

SIN IMPORTAR EL TIPO DE CONTRATO LABORAL. SIN PERJUICIO DE LA LIBERTAD PROBATORIA QUE TIENE EL RECLAMANTE, Y SOLO A TÍTULO ENUNCIATIVO E INFORMATIVO, PARA FORMALIZAR LA RECLAMACIÓN EL ASEGURADO PODRÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

3. EDAD MÍNIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA TODOS LOS AMPAROS.
EDAD MÍNIMA DE INGRESO: DE 18 AÑOS PARA MUJERES Y HOMBRES.
EDAD MÁXIMA DE INGRESO: HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LOS SETENTA (70) AÑOS.
EDAD DE PERMANENCIA: DE 70 AÑOS MAS 364 DIAS.

7. PERÍODO DE FRANQUICIA.
SE ESTABLECE UN PERIODO DE FRANQUICIA DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO. ENTENDIÉNDOSE FRANQUICIA COMO EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE DEMOSTRACIÓN DEL SINIESTRO Y LA FECHA DEL PRIMER PAGO DE CUOTA MENSUAL POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Independientes)

- A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.
B) SOPORTE PAGO DE PLANILLA PILA INDEPENDIENTES.
C) CERTIFICACIÓN MÉDICA DONDE INDIQUE LA CAUSA Y LOS DÍAS DE INCAPACIDAD ACOMPAÑADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, EMITIDA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS.
D) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

4. SUMA ASEGURADA Y CALCULO DE LA PRIMA.
SUMA ASEGURADA:
LA SUMA ASEGURADA SERÁ EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO CON UN MÁXIMO DE \$1.500.000 Y HASTA POR SEIS (6) MESES, EN UNO O VARIOS CRÉDITOS QUE TENGA EL ASEGURADO CON GRANFONDO.

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.
EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

EN CASO DE DESEMPLEO SIN JUSTA CAUSA (Dependiente).

- A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.
B) CARTA DE DESPIDO DE LA EMPRESA.
C) CERTIFICACIÓN LABORAL INDIcando TIPO DE CONTRATO, FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN Y SALARIO
D) PARA CONTRATOS A TÉRMINO FIJO, CERTIFICACIÓN LABORAL INDIcando LA CONTINUIDAD DE LOS CONTRATOS.
E) COPIA LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES DONDE SE INDIQUE EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN.
F) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

EXTENSIÓN DE COBERTURA A EMPLEADOS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- A) POR VENCIMIENTO Y NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.
B) POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA O DE CUALQUIER CUOTA.
C) UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA, QUE PARA ASEGURADORA SOLIDARIA, ENTIDAD COOPERATIVA ES DE 30 DÍAS.
D) POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
E) LOS CONTRATOS A NOMBRE DE PERSONAS JURÍDICAS NO ESTARÁN CUBIERTOS.
F) CUANDO EL ASEGURADO TERMINE SUS OBLIGACIONES CON LA ENTIDAD O DECIDA RETIRARSE DE LA MISMA.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO ACUERDO.

- A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.
B) ACTA DE CONCILIACIÓN, EN DONDE SE EVIDENCIE QUE EXISTE UNA BONIFICACIÓN DE MERA LIBERALIDAD POR PARTE DEL EMPLEADOR QUE DEBE SER IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LO QUE HUBIERA CORRESPONDIDO SI EL DESPIDO HUBIESE SIDO SIN JUSTA CAUSA.
C) CONTRATO DE TRABAJO.
D) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

SE OTORGA COBERTURA PARA PERSONAS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON MÍNIMO UN (1) AÑO DE ANTIGÜEDAD BRINDANDO UN AUXILIO POR \$200.000 CON LÍMITE DE SEIS (6) CUOTAS. LA COBERTURA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE DE MANERA ANTICIPADA A LA TERMINACIÓN NATURAL DE ESTE.

9. PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO.

UNA VEZ CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA AFECTACIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADO TENDRÁ TREINTA (30) DÍAS PARA AVISAR A GRANFONDO, QUIEN NOTIFICARÁ A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

11. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS.

LOS SINIESTROS SE PAGARÁN CON BASE EN EL VALOR DE LA CUOTA PACTADA EN EL CRÉDITO, EN LA FECHA DE DESPIDO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (SEGÚN SEA EL CASO) Y QUE SEA REPORTADO OBJETO PAGO DE PRIMAS POR PARTE DE GRANFONDO; EL PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS SERÁ DE TREINTA (30) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS REQUERIDOS PARA EL PAGO.

CALCULO DE LA PRIMA
EL VALOR DE LA PRIMA SERÁ CALCULADO DE ACUERDO A LA TASA PACTADA (INCLUYE EL IVA) SOBRE EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL.

10. ATENCIÓN DE SINIESTROS.

LAS RECLAMACIONES DEBEN TRAMITARSE DIRECTAMENTE CON GRANFONDO, QUIEN SE ENCARGARÁ DE RECIBIR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE Y ENVIARLOS A LA ASEGURADORA.

EL ASEGURADO DEBERÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO AMPARADO, MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. LA COMPAÑÍA SE RESERVA LA FACULTAD DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LAS PRUEBAS QUE PARA TAL EFECTO SE APORTEN.

LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE PAGARÁ A GRANFONDO, HASTA POR EL MONTO DE LA CUOTA MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN.

NOTA: EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO DE DESEMPLEO SE INTERRUMPIRÁ AUTOMÁTICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NUEVAMENTE SE VINCULE A LA FUERZA LABORAL,

AUTORIZACIÓN DE COBRO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO DEL SEGURO A GRANFONDO

Autorizo a _____ para que haga el cobro del valor de la prima de este seguro, durante la vigencia del mismo y durante las renovaciones a que haya lugar. De igual manera autorizo para que el valor del seguro de desempleo sea consignado por Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa directamente a GRANFONDO, quien procederá a aplicar el pago de la obligación que tenga vigente con el Fondo de Empleados a la fecha de desembolso del seguro. Si No

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA. 3) Reportar a las Centrales de Información o Bases de Datos debidamente constituidas mi comportamiento crediticio, financiero y comercial.
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

DECLARACIÓN – FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- 1. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano.
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.
3. como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes _____ del año _____ en la ciudad de _____.

FIRMA ASEGURADO
CC.

HUELLA INDICE DERECHO

FECHA: _____ CIUDAD: _____

DATOS DEL SOLICITANTE O CODEUDOR

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------|--|------------------|--|-----------|--|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombres | | Estado Civil | | No. C.C. | |
| Fecha de nacimiento Día Mes Año | | Salario Mensual \$ | | E-mail | | Personas a cargo | | Ciudad | |
| Dirección residencia | | Empresa donde trabaja | | Dependencia | | Dirección | | Teléfonos | |

Valor Solicitado: \$ _____ Valor Unificado: \$ _____ Modalidad: _____ No. Cuotas _____ Quincenal _____ Mensual _____
 Valor de la Cuota: \$ _____ Interés Cte: _____ % Quincenal _____ Mensual _____ Equivalente _____ % E.A. Fecha Inicio: Día _____ Mes _____ Año _____
 No. Cuotas Extras _____ Valor: \$ _____ En prima de _____

Datos deudor solidario

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|------------------|--|-------------|--|---|--|----------------------|--|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombres | | Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nit. | | Número | |
| Empresa donde trabaja | | Cargo | | Dependencia | | Sueldo \$ | | Dirección residencia | |
| | | | | | | | | Teléfonos | |

Referencias

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|--|----------------------|--|
| Familiar que no viva con usted | Nombres y apellidos | | Dirección residencia | |
| | Teléfono residencia | | Teléfono trabajo | |
| Personal | Nombres y apellidos | | Dirección residencia | |
| | Teléfono residencia | | Teléfono trabajo | |

Autorizo al FEG, consultar y reportar mi estado de cuenta en las centrales de riesgo conforme a las disposiciones legales vigentes.
Autorizo a descontar del Fondo Mutual Garantías FEG Aporte (_____ %) (_____ %)

Firma Solicitante _____ Consignar en cuenta Corriente Ahorros Banco _____ No. _____ Autorizo recoger los saldos de: _____
Observaciones: _____

Esta solicitud no implica aprobación y esta sujeta a su verificación conforme a las disposiciones vigentes.

ESPACIO PARA EL USO DEL FEG

Endeudamiento _____ % Aprobó Rechazó Firmas: _____ Valor a girar: _____

PAGARE N° _____ VALOR: _____ FECHA VENCIMIENTO: _____

Yo (nosotros) _____ identificado (s) con cedula No. _____ actuando en nombre propio, declaro (amos): PRIMERA.- OBJETO: Que por virtud del presente título valor, me (nos) obligo (obligamos) a pagar solidaria, incondicional e indivisiblemente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO con sigla FEG, o a quien represente sus derechos, en la ciudad _____, el día _____ (_____) la suma unificada de _____ (\$) MCTE. SEGUNDA.- INTERESES: Que sobre la suma debida pagare (pagaremos) intereses, equivalentes al _____ por ciento (_____ %) mensual, sobre saldos insolutos a mi (nuestro) cargo. En caso de mora pagaré (pagaremos) intereses a la tasa máxima legal autorizada, sobre la totalidad del saldo insoluto, sin perjuicio de que el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, inicie las acciones que la Ley consagra a su favor. TERCERA.- CLÁUSULA ACELERATORIA: EL FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO o cualquier otro tenedor legítimo de este pagare, podrá declarar vencidos la totalidad de los plazos de esta obligación o de las cuotas que constituyan el saldo de lo vencido y exigir judicial o extrajudicialmente el pago total del saldo insoluto de la deuda, de los intereses moratorios y de gastos de cobranza incluidos honorarios de abogado; si se incurre en alguno de los siguientes eventos: a) Me (nos) encuentre (encontremos) en mora en el pago de cualquier obligación que tenga (tengamos) conjunta o separadamente a favor del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO; b) Si fuere (fuéremos) demandado (s) judicialmente en forma conjunta o separada por personas naturales o jurídicas diferentes al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO. Como garantía parcial de la presente obligación, los suscritos en calidad de asociados del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, entregamos a su orden la cuantía de nuestros aportes y ahorros. Este pagare no esta sujeto a la presentación para el pago ni al protesto. En constancia de lo anterior, se suscribe este documento en _____; el día _____ (_____) del mes de _____ del año _____ (_____).

Firma Deudor: _____ **Firma Deudor Solidario:** _____
C.C. _____ **de** _____ **C.C.** _____ **de** _____
Nombre: _____ **Nombre:** _____
Dirección Domicilio: _____ **Dirección Domicilio:** _____
Teléfono y Celular: _____ **Teléfono y Celular:** _____

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE EN BLANCO

Señores: FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG CIUDAD: _____ FECHA: _____
 Yo (nosotros) _____
 Mayores de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado (os) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s), por medio de la presente conforme a lo establecido en el Código de comercio artículo 622, autorizo (amos) en forma irrevocable y permanente, para que de modo expreso procedan a diligenciar el pagaré a la orden, otorgado a su favor y distinguido con el Número _____, mediante el cual nos obligamos a pagar incondicionalmente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO - FEG, completándolo en los espacios dejados en blanco, correspondientes a la fecha de vencimiento y cuantía (capital, comisiones, intereses, costos y todos los demás conceptos relacionados con las obligaciones correspondientes). Igualmente si se llega (llegáramos) a constituirme (constituirmos) en mora por el no pago de la totalidad o parte de una o más obligaciones a mi (nuestro) cargo y en favor del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, podrá el FEG exigir de inmediato, la cancelación de todas las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor (es) aún cuando por razón de los plazos previamente acordados no se encuentren vencidas, ya que por la anterior circunstancia todas y cada una de las mismas se entienden exigibles de inmediato, dichos valores se incluirán en el citado pagare. También queda facultado el FEG para proceder en forma idéntica a la anterior, en caso de que cualquiera de los que suscribimos este documento resulte embargado por un tercero o por el mismo FEG, sea declarado en quiebra, llamado a concordato o concurso de acreedores. El pagaré podrá ser llenado sin previo aviso de acuerdo con las siguientes instrucciones:
 1.- La cuantía será igual al monto de todas las sumas que por cualquier concepto le este (estemos) debiendo al FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO el día que sea diligenciado, incluyendo en dicha cuantía el valor de aquellas obligaciones que se declaren de plazo vencido como anteriormente se autorizó.
 2.- La persona a quien debe realizarse el pago será el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO - FEG, o quien represente sus derechos.
 3.- La fecha de vencimiento será la del día en que el título valor sea diligenciado.
 4.- En materia de intereses se observarán para su cálculo y liquidación las siguientes pautas:
 a) - Los intereses de mora serán los máximos legalmente autorizados para la (s) obligación (es) asumidos por mi (nosotros) frente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.
 b) - En caso de que por mi (nuestro) incumplimiento el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO optare por declarar vencido el plazo pactado y hacer exigible de inmediato la cancelación de todas las obligaciones a mi (nuestro) cargo, está facultando para cobrarme (cobrarnos) los intereses de mora sobre el saldo insoluto del capital adeudado a la tasa señalada en el literal a de este numeral, desde el momento que se haga exigible y hasta su pago total.
 c) - Si por caso contrario el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, decidiese a pesar de de mi (nuestro) incumplimiento no declarar plazo vencido, el saldo total de mis (nuestras) obligación (es) podrá exigirme (exigirnos) intereses moratorios a la tasa señalada en el literal a de este numeral, sobre la cuota (o cuotas) de capital vencidas desde su exigibilidad y hasta su pago total.
 El pagaré así diligenciado, será exigible inmediatamente y prestara merito ejecutivo sin formalidad adicional alguna.
 En constancia de lo anterior, se suscribe este documento el día _____ (_____) del mes de _____ del año _____ (_____).
 OTORGANTES:

Deudor: _____ **Deudor Solidario:** _____
C.C. _____ **de** _____ **Tel:** _____ **C.C.** _____ **de** _____

LIBRANZA

Respetado (s) Pagador (es) de _____
 En mi calidad de empleado de esa institución y de conformidad con lo previsto en el artículo 59 del C.S.T. Y demás concordantes, comedidamente me dirijo a usted, con el fin de autorizar el descuento de mi salario, vacaciones, prestaciones sociales legales y extralegales la cantidad de _____ (_____) cuotas, cada una por valor de \$ _____ siendo el primer descuento el mes de: _____ del año _____ y así sucesivamente con destino al FEG. En el evento que me desvincule del _____ lo autorizó para descontar de mi liquidación final el saldo insoluto de la deuda conforme a lo dispuesto en el pagaré _____.

Firma Deudor Principal: _____ **Firma Deudor Solidario:** _____
C.C. _____ **de** _____ **C.C.** _____ **de** _____