PAGARÉ Nº_____

POR CONCEPTO: _____

POR VALOR: _____

FECHA DE VENCIMIENTO: _____

Yo_____, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía_____de_____, en calidad de Deudor, manifiesto lo siguiente:

PRIMERO: Que debo y pagaré a la orden del FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ, identificado con Nit_____, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., la suma cierta de _____ ($_____), por concepto de_____.

SEGUNDO: Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado el día__del mes de ___del año__/ o en__cuotas__(quincenales/mensuales) pagaderas de la siguiente forma: 1. Cuota Nº pagadera el día ___ del mes de____del año_____2. Cuota Nº___pagadera el día_____del mes de__del año _____3. (…) , en las instalaciones del FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ ubicadas en la Avenida Calle 26 Nº 68D- 35 de la ciudad de Bogotá, o a través de cuenta bancaria Nº _____ del Banco_____cuenta_____(corriente/ahorros).

TERCERO: Que en caso no cubrir la obligación de pago antes del vencimiento del presente pagaré se generarán intereses de mora a la tasa máxima legal establecida por la Superintendencia Financiera de Colombia, aplicados hasta la fecha en la que se efectúe el pago total de la obligación y sobre el total de las cuotas vencidas, los cuales pagaré al FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe

CUARTO: Que autorizo voluntariamente, de manera irrevocable, amplia y suficiente a _____ sociedad para la que presto mis servicios, para que descuenten del sueldo, honorarios, salario integral, bonificación, primas, cesantías, indemnizaciones, prestaciones sociales y demás conceptos etc., así como autorizo a_____, para que en caso de retiro de dicha sociedad a la que presto mis servicios, retengan los valores que haya de recibir por concepto de liquidación final de prestaciones sociales o cualquier otro concepto, la cantidad suficiente de dinero, para pagar la totalidad de la deuda.

QUINTO: Cuando no se haga efectiva o sea imposible por el medio mencionado en la cláusula anterior, la deducción de la(s) cuota(s) correspondientes por cualquier causa, podrá el FONDO DE EMPLEADOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ ejercitar las acciones jurídicas necesarias para su cobro, de acuerdo con lo dispuesto en la ley, y sin necesidad de constitución o requerimiento en mora. En todo caso, los gastos de la correspondiente acción estarán a cargo del deudor incluyendo los honorarios de abogado; de igual manera, el FONDO DE EMPLEADOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ podrá dar por vencidos todos los plazos estipulados y proceder judicial o extrajudicialmente a exigir el pago inmediato de todas las obligaciones pendientes con sus accesorios, haciendo efectivo el presente pagaré, fuera de las causas legales y de los eventos de aceleración en los pagos previstos en los respectivos títulos o documentos de la deuda, si ocurriere cualquiera de los siguientes hechos: **a)** En caso de mora en el pago de cualquier cuota de la obligación garantizada; **b)** Si el obligado incumpliere cualesquiera obligación, directa o indirecta que tenga para con el FONDO DE EMPLEADOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

SEXTO: Me obligo a notificar al FONDO DE EMPLEADOS DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, cualquier clase de novedad por: traslado, licencias no remuneradas, vacaciones, aumento o disminución de sueldo, suspensión de los descuentos antes de la cancelación total de la obligación.

PARÁGRAFO: Por medio del presente documento, yo_____, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número_de__, me declaro codeudor en forma solidaria e indivisible de todas las cargas y obligaciones contenidas en el presente pagaré, por concepto de_____, hasta el pago total de la obligación, aceptando la extensión de las cláusulas anteriormente descritas, a mi cargo; motivo por el cual, informo que la sociedad para la que presto mis servicios es_____.

El deudor y codeudor declaran haber leído cuidadosamente el contenido del presente pagaré y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual en seña de entendimiento y aceptación de sus alcances e implicaciones firman el presente pagaré.

Aceptamos el presente pagaré, las autorizaciones y poderes en el contenido y la responsabilidad que este conlleva con el FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ. En constancia firmamos en Bogotá D.C., a los_____del mes de_____del año 20_____

FIRMAS _____ DEUDOR _____ Nombre C.C _____ _____ Dirección Residencia Tel: _____		FIRMAS _____ CODEUDOR _____ Nombre C.C _____ _____ Dirección Residencia Tel: _____

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ EN BLANCO Nº_____

CC No._____

Apreciados Señores:

Yo (nosotros)_____y_____Identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), por medio de la presente y de conformidad con lo establecido en el Art. 622 del Código de Comercio, autorizo(amos) expresa, permanente e irrevocablemente a FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ, ó a quien represente sus intereses o al tenedor legítimo de este instrumento para diligenciar y llenar los espacios en blanco en el presente título valor No. _____ de acuerdo con las siguientes instrucciones: **1.** Los espacios en blanco relativos a la cuantía, intereses y fecha de vencimiento, podrán ser diligenciados sin necesidad de requerimiento alguno, por la ocurrencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: **a)** Incumplimiento en el pago de una o más cuotas de capital, intereses pactados o de cualquier otra clase de obligación existente con FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ o quien represente sus derechos o el tenedor de este título valor, **b)** Si cualquiera de los suscriptores llegare a ser investigado o vinculado por cualquier autoridad en razón de infracciones o delitos, especialmente en lo que se refiere al movimiento de capitales ilícitos, o fuere demandado judicialmente, o se nos embargaren bienes por cualquier clase de acción, **c)** En caso de fallecimiento, inhabilidad o incapacidad de uno o varios de quienes firmamos el presente documento**, d)** Cuando cualquiera de los otorgantes incumpla el pago de otra(s) obligación(es) adquirida(s) con FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ o quien represente sus derechos o el tenedor legítimo de éste título, **e)** Si cualquiera de los otorgantes comete inexactitud en balances, informes, declaraciones o documentos que presente o hayamos presentado a_____, **f)** La existencia de cualquier causal establecida en la ley, sus normas reglamentarias, o disposiciones de autoridad competente. **2.** La cuantía será igual al monto de todas las sumas que por cualquier concepto le este (mos) debiendo a FONDO DE EMPLEADOS CÁMARA COMERCIO DE BOGOTÁ o a quien represente sus derechos o al tenedor legítimo de este instrumento, el día que sea diligenciado el pagaré. **3.** Los intereses de mora serán liquidados a la tasa máxima legal vigente estipulada por la Superintendencia Bancaria. **4.** La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien Los espacios dejados en blanco en el pagaré. **5.** El impuesto de timbre a que haya lugar cuando el título sea llenado, correrá por cuenta mía (nuestra) junto con las demás obligaciones, incorporando la suma pagada dentro del presente pagaré.

FIRMAS		FIRMAS	
_____ DEUDOR		_____ CODEUDOR	
_____ Nombre C.C _____		_____ Nombre C.C _____	
_____ Dirección Residencia Tel: _____		_____ Dirección Residencia Tel: _____	

CHUBB®

Solicitud de seguro y cuestionario de salud

Vida grupo ☐ Vida deudores ☐

Datos generales

Razón Social Entidad Tomadora	Ciudad	Fecha diligenciamiento Día	Mes	Año
Fondo Empleados Cámara de Comercio de Bogotá	Bogotá			

No de póliza	Valor asegurado	VIGENCIA DEL SEGURO						
		DESDE 00:00 Horas	D	M	A	HASTA 24:00 Horas	D	M	A

Datos del solicitante del seguro

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	TD	No. Identificación

Fecha Nacimiento Día	Mes	Año	Dirección Domicilio	Teléfono	Ciudad	Eps

Ocupación especifica: | Estatura | | Peso | | Sexo F ☐ M ☐

Tabaquismo:

Si la póliza es deudores, el beneficiario será el acreedor hasta por el saldo insoluto de la deuda

Beneficiarios de seguros de vida

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco	No. Identificación	% Participación

Cuestionario estado de salud

Conteste si o no para cada uno de los solicitantes del seguro. Si alguna de las respuestas es afirmativa, por favor indique diagnóstico, fecha de inicio, tratamiento, estado actual y nombre del médico o institución tratante.

Preguntas	SI / NO	Explicación
1. En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud.		
2. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por: cualquier tipo de cáncer, tumores malignos, leucemias, linfomas, trastornos cardiacos, arritmias cardiacas, infartos o dolor torácico cardiacos, trastornos en las válvulas cardiacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, trastornos neurológicos crónicos, hepatitis B o C, diabetes, cirrosis, anemia falciforme, enfermedad poliquística renal, insuficiencia renal o transtornos renales crónicos, infección por VIH, trastornos de la coagulación, trastornos osteoarticulares, trastornos vasculares, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, transplantes previos? ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos? ¿Si es mujer, dos (2) miembros del núcleo familiar, madre, hermanas-, han padecido cáncer de seno?¿Sufre usted y/o su familia el trastorno hereditario dislipidemia familiar o de poliposis vello o adenomatosa familiar.		
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? ¿Esta siendo estudiado o desea ser estudiado por una Junta o comisión médica de estudio de invalidez?		
4. ¿Sufre o recientemente se ha detectado o le han visto alguna condición que requiera de estudios, o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de estudios y/o tratamientos médicos?		
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario?		
6. ¿ Practica deportes peligrosos?		
7. ¿Ha realizado viajes al extranjero en los último 3 meses? Por favor indique las fechas y los lugares que visitó.		
8. ¿En el último mes tuvo fiebre, temperatura, tos persistente o dificultad para respirar?		

Declaraciones y autorizaciones

1) No tengo antecedentes legales. tanto mis actividades como mi ocupación o profesión son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.
2) Tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones, y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos de los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.
3) Sin perjuicio de lo dispuesto en el articulo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Chubb Seguros de Colombia S.A., aún después de mi fallecimiento, para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, sobre mi estado de salud, incluyendo la facultad para obtener copia certificada de las historias clínicas respectivas.
4) Autorizo a Chubb Seguros de Colombia S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha de diligenciamiento de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro, en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora, a la asociación bancaria de Colombia o cualquier central de información o base de datos.
5) El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. la aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del seguro.

Nonne Chaid

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. Firma autorizada

Firma del solicitante del seguro

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

Autorización Datos Personales

Para la celebración y durante la ejecución del contrato de seguro con LA ASEGURADORA (en adelante el "Contrato"), ésta recolectará, administrará y usará los datos personales del ASEGURADO en los términos previstos en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581/12 (y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen) (en adelante la "Regulación"). Consecuentemente, en virtud de la suscripción del presente documento, el ASEGURADO otorga la autorización requerida por la Regulación dentro de los siguientes términos y condiciones:

1. LA ASEGURADORA utilizará los datos personales que recolecte del ASEGURADO, tales como nombre, apellido y datos de identificación para los propósitos y alcances relacionados con el contrato de seguro y con las relaciones jurídicas y/o comerciales que se puedan desprender del mismo.

2. LA ASEGURADORA realizará operaciones tales como la recolección, uso, almacenamiento, análisis, transferencia y transmisión, entre otras, de los datos personales del ASEGURADO.

3. En ese orden de ideas, LA ASEGURADORA compartirá, transferirá o transmitirá los datos personales a proveedores de LA ASEGURADORA como ajustadores, abogados, médicos, digitadores, firmas de asistencia y call centers y, en general, con terceros con quienes LA ASEGURADORA sostiene relaciones jurídicas y/o comerciales relativas todas ellas al contrato de seguro, a los servicios que se desprenden del mismo y a otros productos y servicios relacionados con el objeto social de LA ASEGURADORA. En cada uno de esos casos LA ASEGURADORA incluirá un texto o adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación.

4. LA ASEGURADORA también podrá compartir, transferir o transmitir los datos personales a compañías afiliadas para las finalidades establecidas en la presente autorización. LA ASEGURADORA adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación.

5. La autorización que se otorga por medio de este documento incluye el tratamiento de datos sensibles relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Tales datos sensibles incluyen datos de la salud. Para estos efectos, LA ASEGURADORA observará lo previsto en la Regulación sobre la materia. El ASEGURADO ha sido informado sobre el carácter enteramente facultativo del tratamiento de los datos sensibles.

6. LA ASEGURADORA podrá utilizar los datos personales del ASEGURADO para fines relacionados con actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios propios del objeto social de LA ASEGURADORA. A su turno, LA ASEGURADORA no utilizará los datos personales del ASEGURADO para fines relacionados con actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios de terceros que no tengan una relación contractual con LA ASEGURADORA.

7. LA ASEGURADORA adoptará las medidas físicas, técnicas y tecnológicas necesarias para asegurarse que los datos personales del ASEGURADO se encuentren en adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad.

8. LA ASEGURADORA otorgará al ASEGURADO la oportunidad para conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos personales, o revocar su consentimiento siempre que no exista una obligación legal o contractual que implique que sus datos personales deban permanecer en la base de datos, así como para ejercer los derechos previstos en la Regulación de acuerdo con los procedimientos contemplados en la misma Regulación y en las Políticas de Privacidad de la ASEGURADORA que se encuentran publicadas en www.chubb.com/co.

9. Tales derechos del ASEGURADO podrán ser ejercidos enviando una comunicación escrita a la dirección de correo electrónico servicioalcliente.co@chubb.com.

10. Por el hecho de ingresar y navegar posteriormente en la página Web de la ASEGURADORA, de pagar la prima de seguros correspondiente o de desplegar cualquier conducta adicional que señale de manera inequívoca su voluntad de prestar el consentimiento, LA ASEGURADORA entenderá que ASEGURADO ha otorgado la autorización necesaria para el tratamiento de sus datos personales en los términos previstos en este documento.

11. En caso de recibir una orden judicial o administrativa de cualquier autoridad competente relacionada con datos personales del ASEGURADO, LA ASEGURADORA procederá de acuerdo con lo previsto en la Regulación sobre el particular.

12. A la terminación del presente contrato por cualquier causa, LA ASEGURADORA se abstendrá de utilizar los datos personales del ASEGURADO para cualquier fin diferente al que éste autorice y las exigidas por la ley aplicable. LA ASEGURADORA adoptará las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para garantizar que los datos personales del ASEGURADO no se utilizarán para un fin diferente, pudiendo acordar con el ASEGURADO la eliminación definitiva de los datos personales de los archivos y registros de LA ASEGURADORA.

13. Si dentro de las actividades relacionadas con o derivadas del presente documento y, en general, del contrato de seguro, el ASEGURADO debe suministrar a LA ASEGURADORA datos personales de terceros con quienes sostiene una relación familiar, laboral, contractual, jurídica o comercial de cualquier clase, se entenderá para todos los efectos que el ASEGURADO ha desplegado conductas inequívocas a fin de demostrar que esos terceros han prestado su debido y oportuno consentimiento para la recolección, administración y tratamiento de datos personales en los términos y para los propósitos previstos en este documento.

Firma Asegurado: _____

14. En virtud de la relación jurídica y/o comercial que se desprende de este documento, el ASEGURADO expresamente presta su consentimiento para que LA ASEGURADORA pueda transferir y/o transmitir los datos personales a empresas que se encuentran ubicadas en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos de América, con las que LA ASEGURADORA sostiene una relación contractual por pertenecer al mismo grupo comercial de empresas. Esas empresas ubicadas en el extranjero prestarán servicios a LA ASEGURADORA principalmente en materia de realización de copias de seguridad (back-up) y análisis estadístico, administrativo, financiero y/o comercial de la información. Para estos propósitos LA ASEGURADORA implementará las gestiones y procedimientos a que haya lugar de acuerdo con la Regulación, garantizando en todo caso el derecho del ASEGURADO a que esa información se almacene en condiciones de seguridad y a solicitar a LA ASEGURADORA la actualización o rectificación de la misma cuando a ello hubiere lugar de acuerdo con lo previsto en la Regulación.

Firma Asegurado: _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6