



PAGARE UNICO CON ESPACIOS EN BLANCO

PAGARE N. _____

ENTIDAD PRESTATARIA FONDO DE EMPLEADOS DEL POLITECNICO GRANCOLOMBIANO – FEPOLI

DEUDOR PRINCIPAL _____

CAPITAL _____

INTERESES _____

VENCIMIENTO _____

Yo _____ domiciliado en la ciudad de _____ mayor de edad, identificado como aparece al pie de la firma. Por medio del presente PAGARE hago constar que me obligo a pagar solidaria, incondicional e indivisiblemente a la orden del FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI, a quien represente sus derechos o a cualquier otro tenedor legitimo del presente título valor, el día _____ de _____ de 2____, en sus oficinas de Bogotá o en el lugar que este señale la suma de, _____ (\$) moneda legal colombiana por concepto de capital y la suma de suma _____ (\$ _____) por concepto de intereses moratorios causados hasta la fecha de vencimiento de este pagare. **TERCERA: Vencimiento anticipado:** Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI o a cualquier otro retenedor legitimo del presente título valor, para extinguir el plazo o plazos que se estipulen para el pago de la totalidad del saldo insoluto, más los intereses y los gastos de cobranza, incluyendo honorarios del abogado, si ocurriere uno cualquiera de los siguientes eventos: a) Si hubiere mora en el pago de una o más cuotas de capital o de intereses del préstamo otorgado. – b) Por la pérdida de la calidad de asociado del FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI. – c) En caso que el deudor sea demandado o me sean embargados bienes por personas distintas al FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI. – d) Cuando con respecto al deudor principal se presente alguna de las causales previstas para la extinción del plazo, ella operara de forma automática respecto de todas las obligaciones que tenga vigente el deudor principal. – e) Por la muerte del deudor. **CUARTA: Autorización de Descuentos:** En cumplimiento de los artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989; Yo, deudor mayor de edad, relacionado, identificado y actuando en las condiciones como aparece en el encabezado de este título valor, manifiesto que autorizo al Pagador de _____ o donde llegare a laborar o prestar mis servicios, para que de mi salario, pensión, vacaciones, prestaciones, indemnizaciones, bonificaciones, comisiones, liquidaciones o cualquier otro emolumento que me corresponda por la prestación de mis servicios, así como a la EPS o ARL que cancele el citado el ingreso, descuento y cancele a favor de **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI** en forma indivisible, incondicional e ininterrumpida y hasta completar el monto total adeudado en capital e intereses. De igual forma, en caso de que exista retiro de la empresa que determina el vínculo de asociación o cualquier otra empresa en la que llegare a prestar mis servicios antes de la cancelación total de la obligación, autorizo al pagador de la respectiva Empresa, al Fondo de Cesantías al que esté vinculado o la entidad correspondiente, para que descuenta y retenga sin límite de cuantía sobre cualquier suma que deba pagármeme por concepto de salarios, honorarios, vacaciones, prestaciones sociales, bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, bonos y cualquier otro pago que perciba por otro concepto en virtud a la relación contractual y no estipulado literalmente, la cantidad que sea necesaria para cubrir el saldo insoluto de la (s) obligación (es) contraídas con **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI**. En caso de respaldar crédito de vivienda bajo la línea específica las sumas de los descuentos aquí autorizados se deben entender como abono o prepago parcial disminuyendo el valor del plazo. Para estos efectos declaramos suficiente la certificación de **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI** sobre el saldo debido a su favor. Las autorizaciones aquí plasmadas estarán vigentes mientras exista cualquier obligación nuestra a favor de **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI**. **QUINTA. Costos:** Son a cargo del deudor los gastos y derechos fiscales que se ocasionen por el otorgamiento de este pagaré; igualmente en este caso de cobro judicial o extrajudicial serán a su cargo las costas y gastos de cobranza.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá el

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE

Señores
FONDO DE EMPLEADOS DEL POLITECNICO GRANCOLOMBIANO - FEPOLI
Ciudad

Yo _____ identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Deudor solidario autorizo en forma permanente e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DEL POLITECNICO GRANCOLOMBIANO - FEPOLI** - o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito en la fecha a favor de **FEPOLI**, para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del C. de Comercio, llene los espacios en blanco en el pagaré **No. _____**, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en la cláusula quinta del texto del pagaré objeto de esta autorización.

Para llenar el pagaré **FEPOLI** no requiere dar aviso a los firmantes del mismo y se ceñirá de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. El espacio reservado para el número del pagaré, con el número que **FEPOLI** le asigne.
2. El espacio que corresponde al deudor principal, se llenará con el nombre del asociado que suscriba la solicitud del crédito, el pagaré y la presente carta de instrucciones.
3. El espacio reservado para la fecha de vencimiento será llenado con la que corresponda al día en que FEPOLI complete el instrumento por estimarlo necesario para su cobro.
4. El espacio reservado para el domicilio del deudor será diligenciado con el nombre de la ciudad en la que habite el deudor principal.
5. Los espacios que corresponden al capital y al valor, deben llenarse con el valor aprobado en letras y números del crédito que me fue otorgado por **FEPOLI**.
6. El espacio reservado para el plazo y cuotas, con el valor en letras y números correspondiente al número de cuotas según el plazo aprobado por **FEPOLI**.
7. El espacio reservado para el valor de las cuotas, con el valor en letras y números correspondiente al valor de las cuotas mensuales, determinadas por la división entre el valor del préstamo concedido más los respectivos intereses y el número de meses correspondientes al plazo autorizado por **Fepoli** para el pago total de la obligación.
8. El espacio reservado para la primera fecha de vencimiento, será llenado con las fechas en que se vence la primera cuota mensual determinada por la fecha en que se me ha desembolsado el valor del préstamo.
9. El espacio correspondiente al interés, se llenará con el que nos fue aprobado en la fecha de otorgamiento del crédito o con la tasa máxima exigida por la ley según disponga **FEPOLI**.
10. El espacio reservado para la autorización de descuentos a la empresa, debe llenarse con el nombre de la empresa con la que nos encontremos laborando.
11. El espacio correspondiente para la fecha de otorgamiento del pagaré, se llenará con las fechas en que haya sido contabilizado el crédito que nos fue otorgado.
12. El título valor se podrá diligenciar por el acercamiento o llegada de una cualquier de las causales de aceleración del pago previstas en el título valor.

Dejamos constancia que la presente autorización estará vigente mientras exista cualquier obligación nuestra a favor de **FEPOLI**, y de igual forma declaramos que hemos recibido copia de la presente carta de instrucciones

En constancia de lo anterior se firma esta carta de instrucciones en duplicado en Bogota

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

Forma de pago prima

Mensual
 Trimestral
 Semestral
 Anual

Sistema de ajuste

Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)
 Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación
---------------	-----------------	---	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación: C.C.
 C.E.
 PA.
 NIT

Número de Identificación: _____

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Tipo de Institución: Pública Privada

Dirección Correspondencia: _____

Ciudad / Departamento: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono (sin indicativo): _____

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación: C.C.
 C.E.
 PA.

Número de Identificación: _____

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Sexo: F M

Fecha de Nacimiento AAAA MM DD: _____

Peso (Kg): _____

Estatura (en cms): _____

Ciudad: _____

Departamento: _____

Teléfono (Sin indicativo): _____

Celular: _____

Dirección Correspondencia: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$ _____

Modalidad de Valor Asegurado:

Saldo Insoluto
 Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

Vida
 Invalidez por Accidente o Enfermedad
 Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % \$ _____

VALOR PRIMA
(según forma de pago pactada)

\$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS Con derecho a Acrecimiento SI NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado:

Enfermedades cardiovasculares
 Infarto del miocardio
 Arritmias
 Hipertensión arterial
 Colesterol (Tratado con medicamentos)
 Ceguera
 Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
 Derrames
 Isquemia o trombosis cerebral
 Epilepsia
 Enfisema (EPOC)
 Bronquitis Crónica
 Cáncer
 Leucemia
 Lupus
 Tumores malignos
 SIDA o VIH positivo
 Insuficiencia Renal
 Esclerosis múltiple
 Artritis reumatoidea
 Diabetes
 Pancreatitis
 Hepatitis B o C
 Cirrosis
 Retardo mental
 Trastornos psiquiátricos
 Colitis Ulcerativa
 Hipertiroidismo
 Parálisis
 Deformidades corporales
 Sordera total o parcial
 Hernia de columna
 Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ Consume Actualmente drogas estimulantes
 Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo
 Drogadicción
 SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico(amos) que el Asesor me(lnos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA