



Aseguradora Solidaria
de Colombia

NIT. 860.524.654-6

CONDICIONES PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

GIROS Y FINANZAS C. F. S. A.

1. OBJETO

AMPARO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN O INVALIDEZ PERMANENTE A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO.

2. TOMADOR

GIROS Y FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A.

3. GRUPO ASEGURADO

PODRÁN ACTUAR COMO ASEGURADOS TODAS LAS PERSONAS NATURALES VINCULADAS COMO CLIENTES DEL TOMADOR.

4. BENEFICIARIOS

SERÁN BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY.

5. VIGENCIA DEL SEGURO

DOCE (12) MESES.

6. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

LA VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO ES DE UN AÑO (365) DÍAS, INICIARÁ A LAS 00:00 HORAS DEL PRIMER DÍA CALENDARIO SIGUIENTE AL DÍA QUE EL TOMADOR REALICE EL REPORTE.

7. COBERTURAS

MUERTE ACCIDENTAL SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO MUERE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA PARA ESTE AMPARO, DEDUCIENDO LOS PAGOS EFECTUADOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES POR EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN PERMANENTE, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DE LOS (365) TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

DESMEMBRACIÓN O INVALIDEZ PERMANENTE BAJO ESTE AMPARO ADICIONAL, SE INDEMNIZA LA PÉRDIDA, ANATÓMICA O FUNCIONAL, QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y QUE SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS (365) TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL MISMO. EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN DEPENDE DE LA PÉRDIDA Y CORRESPONDE A UN PORCENTAJE DE LA SUMA CONTRATADA, QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE INDICADO EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES INSERTA EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO QUE TRANSCRIBIMOS A CONTINUACIÓN.

CLASE DE PÉRDIDA Y% INDEMNIZACIÓN

1. PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE EL 50%
2. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS, O DE UN PIE Y UNA MANO EL 50%
3. SORDERA TOTAL BILATERAL EL 50%
4. PÉRDIDA DEL HABLA EL 50%
5. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA EL 50%
6. SORDERA TOTAL UNILATERAL EL 50%
7. PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA EL 50%
8. PÉRDIDA DE UNA PIERNAS POR ENCIMA DE LA RODILLA EL 50%
9. PÉRDIDA DE UN PIE EL 40%
10. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA EL 30%
11. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNAS EL 30%
12. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO 25%
13. PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE EL 25%
14. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO EL 25%
15. COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA EL 25%
16. PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO EL 20%
17. PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE EL 20%
18. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO EL 20%
19. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA EL 20%
20. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA EL 20%
21. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO EL 15%
22. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO EL 15%
23. PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO EL 15%
24. PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO EL 12%
25. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO 10%
26. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO 10%
27. PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO EL 8%
28. PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO EL 8%
29. PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES EL 8%
30. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO EL 7%
31. PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO EL 5%

LAS INCAPACIDADES NO ENUMERADAS EN LA TABLA ANTERIOR, AUNQUE SEAN DE MENOR IMPORTANCIA, SERÁN INDEMNIZADAS EN RELACIÓN CON SU GRAVEDAD, COMPARÁNDOLAS CON LAS AQUÍ ENUMERADAS, SIN TENER EN CUENTA LA PROFESIÓN DEL ASEGURADO.

LA INDEMNIZACIÓN TOTAL QUE CORRESPONDA A VARIAS INCAPACIDADES SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL EXCEDA EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE. CUANDO VARIAS INCAPACIDADES AFECTAN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULARÁN.

ENTRE SÍ, SINO QUE LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINARÁ POR LA MAYOR DE DICHAS INCAPACIDADES. EN CASO DE MOSTRAR QUE EL ASEGURADO ES ZURDO SE INVERTIRÁN LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN FIJADOS POR LA PÉRDIDA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES. CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA CON MOTIVO DE UNA INVALIDEZ PERMANENTE SERÁ TOMADA EN CUENTA Y, POR LO TANTO, DEDUCIDA DE LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A QUE PUEDIERA DAR LUGAR EL MISMO ACCIDENTE.

7. DEFINICIÓN ACCIDENTE

PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE EL SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, VIOLENTO DE ORIGEN EXTERNO QUE, EN FORMA DIRECTA Y EXCLUSIVA, PRODUZCA LA MUERTE, LESIONES CORPORALES O ALTERACIONES FUNCIONALES PERMANENTES O PASAJERAS QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO, O CON SU CULPA GRAVE Y QUE PUEDAN SER ESTABLECIDAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA, SIEMPRE QUE NO ESTÉN EXPRESAMENTE RELACIONADAS COMO EXCLUSIONES EN EL CONTENIDO DE LAS PRESENTES CONDICIONES.

8. LÍMITES DE EDAD

LA PRESENTE PÓLIZA CUBRE ÚNICAMENTE A PERSONAS CON EDADES COMPRENDIDAS

EDAD MÍNIMA DE INGRESO 14 AÑOS

EDAD MÁXIMA DE INGRESO 69 AÑOS 364 DÍAS

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA 70 AÑOS 364 DÍAS.

9. MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

EL MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL EN UNA O VARIAS PÓLIZAS CONTRATADAS NO PODRÁ SUPERAR LA SUMA DE \$50.000.000. ESTE LÍMITE CONSTITUYE EL MÁXIMO VALOR QUE LA COMPAÑÍA PAGARÁ POR VIGENCIA/EVENTO, POR CADA ASEGURADO.

10. EXCLUSIONES

NO ESTARÁN CUBIERTAS, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA MUERTE O LESIONES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

A. LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO.

B. MUERTE O LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

C. MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

D. HOMICIDIO, SEQUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.

E. ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PRO GENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

F. DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

G. PARTICIPACIÓN EN CACERÍA, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTA MAR, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, FUTBOL Y BALONCESTO, LOS CUALES SE PRACTICAN DE MANERA PROFESIONAL ("POR DEPORTISTA PROFESIONAL DEBE ENTENDERSE AQUELLA PERSONA CUYA PRINCIPAL ACTIVIDAD ES LA PRÁCTICA DE UN DEPORTE, Y COMO CONSECUENCIA DE ELLO DERIVE SU SUSTENTO) NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO O MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.

H. GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

I. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILEPTICOS, SÍNTOMAS, ROTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

J. PARTICIPAR COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.

K. VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO U OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.

L. LA ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE COMO SE

HUBIEREN ORIGINADO

M. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

N. NO SE DARÁ COBERTURA A LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO QUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE GENERE PATOLOGÍAS COMO: CEGUERA, ENFERMEDADES SÍQUICAS, MENTALES, TRASTORNOS DEPRESIVOS, DEMENCIA Y ENAJENACIÓN MENTAL. NO OBSTANTE LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES 23111994-1502-27-AP-01 CLÁUSULA 2ª. EXCLUSIONES SE INDICA IGUALMENTE QUE NO SE DARÁ COBERTURA A LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR:

- AL ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES
- CONSUMO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTEN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL ESTADO DE CONCIENCIA, SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

11. OCUPACIONES NO ASEGURABLES

NO SE ASEGURAN LAS PERSONAS QUE TENGAN COMO OCUPACIÓN ALGUNA DE LAS QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN:

- * GUARDAS PALDAS
- * AGENTES SECRETOS
- * DEPORTISTAS PROFESIONALES (*)
- * MAGISTRADOS SALAS PENALES
- * VIGILANTES
- * MINEROS BAJO TIERRA
- * TRABAJADORES DE EMPRESAS DE EXPLOSIVOS DIRECTORES, GUARDIANES DE CÁRCELES Y DEMÁS EMPLEADOS PENITENCIARIOS
- * POLICÍAS O MILITARES EN SERVICIO ACTIVO
- * MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA (PÚBLICOS PRIVADOS O DEL ESTADO).
- * LIMPIADORES DE VENTANAS Y EDIFICIOS ALTOS.
- * JUECES PENALES O FISCALES.
- * MARINOS PROFESIONALES, DE PLACER, MERCANTES O DE GUERRA
- * OPERARIOS DE POZOS PETROLEROS.
- * BOXEADORES PROFESIONALES O AFICIONADOS.
- * CICLISTAS.
- * PILOTOS FUMIGADORES.

* POR DEPORTISTA PROFESIONAL DEBE ENTENDERSE AQUELLA PERSONA CUYA PRINCIPAL ACTIVIDAD ES LA PRÁCTICA DE UN DEPORTE, Y COMO CONSECUENCIA DE ELLO DERIVE SU SUSTENTO.

EN CUALQUIER CASO, LA ÚNICA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR INGRESOS QUE CONTRAVENGAN ESTA CLÁUSULA SERÁ LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS RECIBIDAS POR DICHO INGRESO.

12. SINIESTROS

12.1 AVISO DE SINIESTRO

UNA VEZ VEO CONOCIDO O DEBIÓ CONOCER LA AFECTACIÓN DEL RIESGO EL ASEGURADO TENDRÁ (30) DÍAS, PARA AVISAR A LA ASEGURADORA.

12.2 PAGO DEL SINIESTRO

EL PLAZO PARA EL PAGO DEL SINIESTRO SERÁ VEINTE (20) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FORMALIZACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

DOCUMENTOS REQUERIDOS	Básico (Muerte accidental)	Desmembración o invalidez
Formulario único conocimiento del cliente DOC-03	X	X
Formulario de reclamación	X	X
Fotografía de la cédula del Asegurado ampliada 150%	X	X
Registro civil de defunción original o fotocopia auténtica	X	
Informe de Fiscalía donde se detallan las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento (Accidental)	X	
En caso de accidente de tránsito: Croquis o informe de accidente.	X	X
Historia clínica completa del asegurado emitida por la entidad hospitalaria en la atención médica del accidente.	X	X
Comprobante (Junta de calificación), de acuerdo con la Ley 100 y sus decretos reglamentarios, donde se acredite el porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL).		X
Documentos de identificación de cada uno de los beneficiarios designados.	X	

13. REVOCACIÓN UNILATERAL

LA PRESENTE PÓLIZA PODRÁ SER REVOCADA POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA ASEGURADORA. LOS ANEXOS DE LA PRESENTE PÓLIZA PODRÁN SER REVOCADOS POR LA ASEGURADORA EN CUALQUIER MOMENTO, PARA LO CUAL DEBERÁ DAR AVISO AL TOMADOR SOBRE ESTA DETERMINACIÓN CON UNA ANTICIPACIÓN NO MENOR A 60 DÍAS, EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS, DICHA CIRCUNSTANCIA LE SERÁ INFORMADA AL TOMADOR.

14. CLÁUSULA GENERAL

23111994-1502-27-AP-01



CERTIFICADO DE PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

SEÑOR ASEGURADO, POR FAVOR VERIFIQUE QUE SU INFORMACIÓN PERSONAL SEA LA CORRECTA, EN CASO DE INCONSISTENCIA POR FAVOR SOLICITAR LA CORRECCIÓN AL ASESOR DE SERVICIOS FINANCIEROS, ANTES DE RETIRARSE DE LAS INSTALACIONES DE GIROS Y FINANZAS C.F.S.A.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

TOMADOR:	GIROS Y FINANZAS C.F. S.A.	NIT:	860.006.797-9
DIRECCIÓN:	Calle 4 No. 27-52	TELÉFONO:	01 8000 111 999
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	Valle del Cauca
ASESOR:	WMONTANO	AGENCIA:	26-CALI COSMOCENTRO
IP:	172.20.1.0	COBRO DE LA TRANSACCIÓN:	0.00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN:	09/04/2021	VALOR ASEGURADO:	\$50,000,000
VALOR DE LA PRIMA:	\$125,000	MEDIO DE PAGO:	Efectivo
VIGENCIA DE LA PÓLIZA:	12 MESES		

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO:

NOMBRE COMPLETO:	MAKIA YOLANDA MAVISOL ZAPATA	TIPO DE DOCUMENTO:	Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DE DOCUMENTO:	69027956	DIRECCIÓN:	cl 10 10 73
TELÉFONO:		CIUDAD:	19698 - Santander De Quilichao-Cauca
DEPARTAMENTO:	Cauca	CORREO ELECTRÓNICO:	NOTIENE@GYF.COM
CELULAR:	3225767720	NACIONALIDAD:	CO
FECHA DE NACIMIENTO:	17/03/1973	LUGAR DE NACIMIENTO:	19698 - Santander De Quilichao-Cauca
SEXO:	Femenino	ESTADO CIVIL:	Soltero
OCCUPACIÓN:	OTROS	INGRESOS MENSUALES:	0
EMPRESA:		PPE:	NO

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%	EDAD	AMPAROS
EIDY JHOANA GONZALEZ ZAPATA	Hijo(a)	100		DESMEMBRACIÓN O INVALIDEZ PERMANENTE MUERTE ACCIDENTAL

ESTE SEGURO ES VOLUNTARIO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que GIROS Y FINANZAS C.F. S.A. Y/O ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en adelante se denominan LAS COMPAÑÍAS me han informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en las páginas web: <https://www.girosyfinanzas.com> y <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 LAS COMPAÑÍAS para tratar mis datos personales siempre y cuando sea con la finalidad de realizar las actividades propias del contrato de seguro, entendiéndose como el proceso de suscripción e indemnización, por ello manifiesto que acepto que sean recolectados, consultados, verificados, almacenados, grabados, compartidos y reportados: a) Mis datos financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual. b) 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 42 del decreto 1077 de 2010. c) 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) Almacenar recoger y tratar mis datos biométricos tales como huella y fotografía para las siguientes finalidades: 1) verificar mi identidad en toda clase de actos y contratos que ejecute y celebre en desarrollo de mi relación contractual con LAS COMPAÑÍAS 2) Que mi huella haga las veces de firma en los casos informados previamente por LAS COMPAÑÍAS, conforme al estipulado en la ley 527 de 1999. Autorizo y entiendo que los datos anteriormente mencionados pueden ser transferidos y/o transmitidos a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas en el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

Autorizo a GIROS Y FINANZAS C.F. S.A. para ofrecer productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS, ser llamado para realizar encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos y realizar campañas promocionales.

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo a GIROS Y FINANZAS C.F. S.A. para el envío de correspondencia, estados de cuentas, extractos, avisos de cobros, mensajes y demás información que GIROS Y FINANZAS C.F. S.A. estime conveniente a través de correo electrónico, vía celular, o mediante la página web de GIROS Y FINANZAS C.F. S.A. y cualquier otro medio de comunicación.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros o cargar a mi tarjeta de crédito el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones particulares del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 9 días del mes abril del año 2021, en la ciudad de Cali.



FIRMA ASEGURADOR

FIRMA ASEGURADO

HUELLA DIGITAL