



**FORMATO DE NOVEDADES  
PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES  
PARA CRÉDITOS DE LIBRANZA CREDIFLASH  
PÓLIZA DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES Y GAP  
PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS PARTICULARES  
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES  
PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS COMERCIALES  
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES  
CRÉDITO DE LIBRANZA**

El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**  
El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

FECHA DE SOLICITUD								CIUDAD								NOMBRE SUCURSAL RADICADORA								LÍNEA DE CRÉDITO								NO. CRÉDITO ASOCIADO AL SEGURO							
D	D	M	M	A	A	A	A																																

DATOS DEL ASEGURADO																																	
Primer Nombre												Segundo Nombre						Primer Apellido						Segundo Apellido									
Fecha de Nacimiento				D	D	M	M	A	A	A	A	Tipo y Número de Identificación del Asegurado										Fecha de Expedición del Documento				D	D	M	M	A	A	A	A
				C.C				C.E				P.S				No.																	
Nacionalidad						Ciudad de Residencia						Lugar de nacimiento						Teléfono de Residencia															
Teléfono de Celular						Teléfono de Oficina						Dirección de Correo electrónico(E-mail)																					

<b>TIPO DE NOVEDAD REPORTADA</b>	Cancelación Voluntaria <input type="checkbox"/>	Cancelación por mala asesoría en la venta <input type="checkbox"/>	Modificación de Beneficiarios <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	--	--

CUADRO DE BENEFICIARIOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	NO. DE IDENTIFICACIÓN	(*)%	PARENTESCO CON EL ASEGURADO

(\*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE (Diligenciar en caso de Cancelación Voluntaria y mala venta)**

Después que el asesor le ha recordado las coberturas y beneficios que le ofrece el seguro, sigue considerando cancelarlo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_.  
Para **BANCO PICHINCHA S.A.** es muy importante conocer el (los) motivos de su retiro ya que es nuestro compromiso velar por la satisfacción de nuestros clientes, mediante la mejora continua. Por lo anterior le agradecemos nos confirme cual de los siguientes motivos que a continuación encontrará le hizo tomar la decisión:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La información suministrada no fue clara en el momento de la venta. | <input type="checkbox"/> Incapacidad Económica          |
| <input type="checkbox"/> No es el producto que necesito.                                     | <input type="checkbox"/> Una mejor oferta en el mercado |
|  | <input type="checkbox"/> Otros motivos: _____           |

CLÁUSULA: REVOCACIÓN DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES POR EL ASEGURADO	FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE
--	--------------------------------

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por **CARDIF** o por el asegurado").

En el caso en que **CARDIF** lo quiera revocar; Remitirá una carta dirigida a la última dirección informada por usted o a su correo electrónico, manifestándole que su seguro será terminado. Esta terminación se hará efectiva una vez hayan transcurrido diez (10) días calendario, contados a partir de la fecha de envío de la carta o correo electrónico.

Cuando usted desee solicitar la revocación del seguro. La cancelación la podrá realizar a través de los siguientes canales:

- Oficina/Sucursal Bancaria
- Call Center Banco Pichincha

En este caso la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a la solicitud de revocación.

Firma del Asegurado _____ No de Identificación: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Índice Derecho</p>
--	--