

**SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES
 SOLICITUD DE SEGURO**

Nº de Solicitud: **40 2029 014019401**

D.V.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres del Asegurado:

Tipo Doc.: Número de Documento: Sexo: Fecha de Nacimiento: Peso: Estatura: Ciudad:

Domicilio: Teléfono: Deporte que practica:

Número de Celular: Correo Electrónico:

Ocupación Actual (describir ampliamente):

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL RIESGO

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE: (Marcar con una X)

1. No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad, por lo tanto me encuentro en buen estado de salud.
2. Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

- Enfermedades del Corazón - Presión Arterial Enfermedades Musculoesqueléticas - Reumatismo - Artritis Enfermedades Crónicas o Terminales Cáncer u otros Tumores
- Enfermedades Pulmonares - Respiratorias - Asma - Tuberculosis Enfermedades Nerviosas o Mentales Deformidades o Malformaciones Otras
- Enfermedades Digestivas - Gastrointestinales Enfermedades de los Ojos - Oídos - Nariz - Garganta Parálisis
- Enfermedades Renales - Genitourinarias Enfermedades Cerebrovasculares Bocio - Diabetes - Sobrepeso

Otra enfermedad no mencionada anteriormente (especifique):

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad Año en que fue diagnosticada Tratamiento

Enfermedad Año en que fue diagnosticada Tratamiento

Enfermedad Año en que fue diagnosticada Tratamiento

¿Está usted embarazada? SI NO ¿Cuántos meses? ¿A que EPS se encuentra afiliado(a)?

Si el cliente declara haber padecido de alguna enfermedad, debe solicitar autorización a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

Tipo de Documento	Número de Documento	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	%

Reforma financiera: La ley 1328 de 2005, artículo 78 y 79 y su decreto 3680 de 2009, contempla la obligación del envío de datos al Registro Único de Seguros (RUS), mecanismo con el cual todas las aseguradoras deben reportar el detalle de sus asegurados con el fin de proveer al público de información concreta, asequible y segura sobre las personas que han adquirido pólizas de seguros, las que están aseguradas por dichas pólizas y las beneficiarias de las mismas

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

Crédito No.

Valor Asegurado Inicial o Valor del Préstamo Inicial Plazo del Crédito

Solicitud incremento de Valor Asegurado a Valor Prima

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y que las que figuran en esta declaración de mi estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, rehabilitación o modificación de la misma y en que MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., no asume responsabilidad alguna, si no mediante la expedición de la póliza o certificado de rehabilitación o modificación, previo pago de la prima de seguro siempre que para entonces me encuentre en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha habido por mi parte error, falsedad, omisión o retención que de haber sido conocidas por MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

Así mismo declaro que no realizo actividad ilícita alguna y que no estoy inmerso en ningún proceso penal. Declaro que todos mis ingresos y bienes provienen de mis actividades lícitas.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos documentos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos.

De la misma manera autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y/o para consultar y reportar a las bases de datos de seguros de personas de riesgos agravados e indemnizaciones.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA: Será Obligación el Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza. La aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 el Código de Comercio con la entrega al Tomador de las condiciones Generales y particulares.

MGL 1488

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. **Compañías** significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de riesgos, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de impuestos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Autorización del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del Asegurado
C.C.

LA ASEGURADORA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., CON BASE EN LAS ENFERMEDADES DECLARADAS O MEDIANTE EXÁMENES ADICIONALES ESTABLECE LA NECESIDAD DE EXIGIR EL PAGO DE UNA EXTRAPRIMA. EL INGRESO SOLICITANTE A LA PÓLIZA SOLO TENDRÁ LUGAR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA EMITA CONCEPTO SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL INGRESO, LA FALTA DE CONCEPTO FORMAL SE ENTENDERÁ COMO NEGATIVA DE INGRESO.

Aprobado

Extraprimado

Aplazado

Rechazado

FECHA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del Seleccionador

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CODIGO FORMA
Solicitud de Seguro	15-06-2014	1326	P	34	000VTE532-JUN/14

Entiéndanse las palabras "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.