



## SOLICITUD DE SEGURO DE EXEQUIAS

Versión digital

Por favor diligenciar únicamente los espacios sombreados

ESTIMADO SEÑOR (A) EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO. SI TRANSCURRIDO EL TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD, MAPFRE NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA.

| FECHA RADICACIÓN |    |      |
|------------------|----|------|
| DD               | MM | AAAA |
|                  |    |      |

| DATOS DEL TOMADOR                  |            |                                 |                 |    |              |
|------------------------------------|------------|---------------------------------|-----------------|----|--------------|
| TIPO DOCUMENTO                     | NUMERO     | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL           | FECHA SOLICITUD |    |              |
|                                    |            |                                 | DD              | MM | AAAA         |
| NIT                                | 8600066322 | FONDO DE EMPLEADOS AMI COLOMBIA |                 |    |              |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA               |            | TELÉFONO RESIDENCIA             | CIUDAD          |    | DEPARTAMENTO |
| CL 99 # 10 - 57 P 2 OFIC P 12 P 13 |            | 3173668163                      | BOGOTÁ DC       |    | BOGOTÁ D C   |
|                                    |            |                                 |                 |    | COLOMBIA     |

| DATOS TITULAR DEL GRUPO FAMILIAR |        |  |                    |                     |                  |    |      |              |      |
|----------------------------------|--------|--|--------------------|---------------------|------------------|----|------|--------------|------|
| APELLIDOS                        |        |  |                    | NOMBRES             |                  |    |      |              |      |
|                                  |        |  |                    |                     |                  |    |      |              |      |
| TIPO DOCUMENTO                   | NÚMERO |  |                    | GÉNERO              | FECHA NACIMIENTO |    |      | EDAD         |      |
|                                  |        |  |                    |                     | DD               | MM | AAAA |              |      |
|                                  |        |  |                    |                     |                  |    |      |              |      |
|                                  |        |  |                    |                     |                  |    |      |              |      |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA             |        |  |                    | TELÉFONO RESIDENCIA | CIUDAD           |    |      | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|                                  |        |  |                    |                     |                  |    |      |              |      |
| NÚMERO CELULAR                   |        |  | CORREO ELECTRÓNICO |                     |                  |    |      |              |      |
|                                  |        |  |                    |                     |                  |    |      |              |      |

| GRUPO FAMILIAR ASEGURADO |                |               |        |                  |    |      |                     |
|--------------------------|----------------|---------------|--------|------------------|----|------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO          | TIPO DOCUMENTO | No. DOCUMENTO | GÉNERO | FECHA NACIMIENTO |    |      | CONTINUIDAD         |
|                          |                |               |        | DD               | MM | AAAA |                     |
|                          |                |               |        |                  |    |      | ASEGURADO PRINCIPAL |
|                          |                |               |        |                  |    |      |                     |
|                          |                |               |        |                  |    |      |                     |
|                          |                |               |        |                  |    |      |                     |
|                          |                |               |        |                  |    |      |                     |
|                          |                |               |        |                  |    |      |                     |

DATOS CONTINUIDAD: En caso de seleccionar "SI" en continuidad, debe diligenciar por integrante del grupo familiar la siguiente información:

| NOMBRE COMPLETO | COMPAÑÍA CON LA QUE TIENE CONTINUIDAD | FECHA DESDE |    |      | OBSERVACIONES                                                                  |
|-----------------|---------------------------------------|-------------|----|------|--------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                                       | DD          | MM | AAAA |                                                                                |
|                 |                                       |             |    |      | La continuidad debe estar debidamente soportada con copia de contrato anterior |
|                 |                                       |             |    |      |                                                                                |
|                 |                                       |             |    |      |                                                                                |
|                 |                                       |             |    |      |                                                                                |
|                 |                                       |             |    |      |                                                                                |

Reforma financiera Ley 1328 del 15 de julio, artículo 78 y 79, decreto 3680 del 25 de septiembre del 2009, se determinó el obligatorio cumplimiento del (RUS) Registro único de seguros, mecanismo obligatorio para todas las aseguradoras en el que DEBE reportar el detalle de los asegurados, y tiene como objeto brindar una herramienta de consulta actualizada y total de las pólizas emitidas en Colombia.

| BENEFICIARIO DEL GASTO EMERGENTE |                |               |        |                  |    |      |            |
|----------------------------------|----------------|---------------|--------|------------------|----|------|------------|
| NOMBRE COMPLETO                  | TIPO DOCUMENTO | No. DOCUMENTO | GÉNERO | FECHA NACIMIENTO |    |      | PARENTESCO |
|                                  |                |               |        | DD               | MM | AAAA |            |
|                                  |                |               |        |                  |    |      |            |

| PROGRAMA SELECCIONADO |   |
|-----------------------|---|
| EMPRESARIAL           | X |
| INSTITUCIONAL         |   |

| PLAN SELECCIONADO (Elija una sola opción) |          |        |               |
|-------------------------------------------|----------|--------|---------------|
|                                           | PLATEADO | DORADO | OTRO (NOMBRE) |
| CONVENCIONAL                              |          |        |               |
| ESPECIAL                                  |          | X      |               |
| EXCELENCIA                                |          |        |               |

**LIMITACIONES DE LA PÓLIZA**

Los amparos otorgados por la presente póliza serán efectivos:

A partir del primer día de vigencia cuando el fallecimiento ocurra por muerte accidental, homicidio o suicidio.

A partir del primer día cuarenta y seis (46) contados desde el inicio de vigencia, cuando el fallecimiento ocurra por cualquier causa, excepto cáncer, SIDA y enfermedades graves

A partir del primer día ciento ochenta y uno (181) contados desde el inicio de vigencia, cuando el fallecimiento ocurra por cualquier causa, excepto cáncer y SIDA.

A partir del primer día trescientos sesenta y cinco (365) contados desde el inicio de vigencia, cuando el fallecimiento ocurra por cualquier causa.

**PARÁGRAFO:** Se entiende como enfermedades graves: Accidente Cerebro Vascular, Infarto al Miocardio o insuficiencia renal, Cirugía Arterocoronaria, esclerosis múltiple.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A., para que a partir de la fecha de la presente solicitud y aún después de mi muerte o la de alguno de los asegurados en esta póliza, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que noa haya atendido, copia de nuestra historia clínica y de todos aquellos datos que en ella registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos. De la misma manera, la autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad , información de carácter financiero, comercial y personal y para confirmar la base de datos de seguros de personas relativas a riesgos agravados e indemnizaciones.

Declaro que el origen de mis recursos no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación penal Colombiana vigente, cualquier inconsistencia consignada en esta solicitud, exime a la Aseguradora de toda responsabilidad.

**AUTORIZACIONES**

1. Autorizo el descuento por nómina del valor de la prima según forma de pago que se genere a mi cargo, por concepto de esta póliza.

2. Autorizo a negociar en cada anualidad, la renovación del mismo y mantener el descuento durante su vigencia.

3. En caso de mi retiro de la entidad, autorizo el descuento del saldo de primas vigentes a mi cargo por concepto de esta póliza, de la liquidación definitiva de mis prestaciones

Este documento hace apte integral del contrato siempre y cuando haya sido acetpado.

**DATOS DEL INTERMEDIARIO**

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | SUCURSAL |
|----------------------|-------|----------|
|                      |       |          |

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**DEFINICIONES**

Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS 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) Fasescolda 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) Accéder 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 fraudes, 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 sujetos 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.

**DURACIÓN 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.

01-04-20201430S30vID-373-Abril 2020

**NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL**

**IDENTIFICACIÓN TOMADOR**

**FECHA RADICACIÓN**

|    |    |      |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|    |    |      |