

Por favor diligenciar únicamente los espacios sombreados

DATOS GENERALES						
TIPO DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL			FECHA REPORTE DE LA NOVEDAD	
					DD	MM
NIT						
	DIRECCIÓN	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD		DEPARTAMENTO	PAÍS

AFILIADO PRINCIPAL						
APELLIDOS			NOMBRES			
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	GÉNERO	FECHA NACIMIENTO			EDAD
			DD	MM	AAAA	
	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD		DEPARTAMENTO	PAÍS
	NUMERO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO				

GRUPO FAMILIAR AFILIADO								
NOMBRE COMPLETO	TIPO DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	GÉNERO	FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO	CONTINUIDAD
				DD	MM	AAAA		
							Afiliado 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

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL)							
NOMBRE COMPLETO	TIPO DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	GÉNERO	FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO
				DD	MM	AAAA	

BENEFICIARIO DEL AUXILIO DE DESTINO FINAL(EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL)							
NOMBRE COMPLETO	TIPO DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	GÉNERO	FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO
				DD	MM	AAAA	

PROGRAMA SELECCIONADO			PLAN SELECCIONADO (Elija una sola opción)					
EMPRESARIAL	SOLTERO	CASADO	OTRO	CONVENCIONAL	PLATEADO	PLATEADO	DORADO	OTRO (NOMBRE)
				CONVENCIONAL				
				ESPECIAL				
				EXCELENCIA				

LIMITACIONES DE LA PÓLIZA

Los servicios otorgados por el presente contrato 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 SERVICIOS EXEQUIALES, para que a partir de la fecha de la presente solicitud y aún después de mi muerte o la de alguno de los afiliados en este contrato, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que lo 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.

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 Entidad de toda responsabilidad.

AUTORIZACIONES

1. Autorizo el descuento por nómina del valor de la cuota según forma de pago que se genere a mi cargo, por concepto de este contrato.

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 las cuotas vigentes a mi cargo por concepto de este contrato de la liquidación definitiva de mis prestaciones

Este documento hace parte integral del contrato siempre y cuando haya sido aceptado.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

DEFINICIONES

Compañías significan las sociedades MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A.S. 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 SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., 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 entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo pero sin limitarse a: (i) 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. (ii) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede impedir la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (iii) 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.

(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 impedir 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.

OFICINA COLOCADORA			ASESOR		
CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE

NOMBRE AFILIADO PRINCIPAL

IDENTIFICACIÓN TOMADOR

FECHA RADICACIÓN		
DD	MM	AAAA

