

SOLICITUD PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO CLIENTES ATLÁNTICO

Fecha de Solicitud:

Solicitud N°

DATOS DEL TOMADOR / ASEGURADO

Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
T. Doc.:	Número de Documento:	Género:	Fecha de Nacimiento:	No. de Póliza - Suscriptor:	Dirección:
Ciudad/Municipio:	Teléfono:		Celular:	Correo Electrónico:	

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	PARENTESCO	%
1.				
2.				
3.				

(Marque con una (X) el plan elegido)

PLAN PERSONAL AMPAROS	VALOR ASEGURADO		
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Fallecimiento por cualquier causa	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000
Renta mensual por fallecimiento para gastos del hogar (6 meses)	\$ 300.000	\$ 400.000	\$ 500.000
Renta mensual por fallecimiento para gastos de servicios públicos (6 meses)	\$ 300.000	\$ 400.000	\$ 500.000
Auxilio educativo (Único pago)	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	\$ 3.000.000
PRIMA MENSUAL	☐ \$ 12.100	☐ \$ 22.100	☐ \$ 32.200

Si usted es arrendatario, le recordamos la obligación de informar la adquisición de este producto al propietario del inmueble.

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) Fasecolda e Inverías 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 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 crédito 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.

ACEPTO ☐

NO ACEPTO ☐

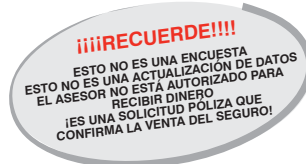
- IMPORTANTE - IMPORTANTE - IMPORTANTE - IMPORTANTE - IMPORTANTE -

COBERTURA: Los afiliados estarán cubiertos a las 00:00 horas del día siguiente de haber realizado el pago de la prima del seguro resultante del proceso de afiliación, desde:

- **Primer día:** Por muerte producida en accidente, homicidio o suicidio.
- **Cuarenta y seis (46) días:** Por muerte producida por cualquier causa o enfermedad, exceptuando las enfermedades graves, cáncer y SIDA.
- **Ciento ochenta y un (181) días:** Por muerte producida por cualquier causa o enfermedad, incluyendo enfermedades graves, excepto Cáncer y SIDA.
- **Trescientos sesenta y seis (366) días:** Por muerte producida por cualquier causa.

La EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS actúa como facilitador para la labor de la incorporación de la prima mensual del seguro en la factura del servicio público así como, facilitador en la labor de pago del cliente a través de los diferentes canales de recaudo dispuestos para el pago de su factura de servicio público.

La EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS no se responsabiliza por los procesos de reclamaciones, quejas, derechos de petición, recursos y demás acciones legales interpuestas por los clientes en cuanto a la venta del servicio y las condiciones pactadas con las diferentes aseguradoras y demás inconformidades que puedan presentar los clientes.



FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

Huella Índice Derecho
Asegurado Principal

Nombre del Vendedor	C.C.	Oficina:
---------------------	------	----------

1. Certifico la calidad de la información y datos de la afiliación.

Nombre del coordinador:	C.C.:	Fecha de Validación:
-------------------------	-------	----------------------

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

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO CLIENTES TRIPLE A

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PERIODOS DE CARENCIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

SI EL ASEGURADO FALLECE POR CUALQUIER CAUSA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO Y SE CUMPLAN LOS PERIODOS DE CARENCIA DEFINIDOS EN EL NUMERAL 2 DE ESTE DOCUMENTO.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

1.2. RENTA PARA GASTOS DEL HOGAR

EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO PRINCIPAL O SU CÓNYUGE, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DEL PRESENTE DOCUMENTO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO MENSUAL DURANTE SEIS (6) MESES SEGÚN PLAN ELEGIDO A PARTIR DEL MES SIGUIENTE DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

1.3. AUXILIO EDUCATIVO

EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO PRINCIPAL, CÓNYUGE O HIJOS, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DEL PRESENTE DOCUMENTO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA, COMO ÚNICO PAGO PARA SUFRAGAR LOS GASTOS EDUCATIVOS.

1.4. RENTA MENSUAL PARA PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS

EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA DEL ASEGURADO PRINCIPAL O SU CÓNYUGE, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DEL PRESENTE DOCUMENTO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTA COBERTURA COMO RENTA MENSUAL DURANTE SEIS (6) MESES, PARA SUFRAGAR LOS GASTOS DE SERVICIO PÚBLICO DEL TOMADOR.

2. LIMITACIÓN DE COBERTURA – PERIODOS DE CARENCIA

LOS ASEGURADOS ESTARÁN AMPARADOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA ASÍ:

- A PARTIR DE LAS CERO (00:00) HORAS DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL CLIENTE REALICE EL PRIMER PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO RESULTANTE DEL PROCESO DE AFILIACIÓN, CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA POR MUERTE ACCIDENTAL, HOMICIDIO Y SUICIDIO.
- A LOS CUARENTA Y SEIS (46) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LAS CERO (00:00) HORAS DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL CLIENTE REALICE EL PRIMER PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO RESULTANTE DEL PROCESO DE AFILIACIÓN, CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA POR CUALQUIER ENFERMEDAD, EXCEPTO CÁNCER, SIDA Y ENFERMEDADES GRAVES.
- A LOS CIENTO OCHENTA Y UNO (181) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LAS CERO (00:00) HORAS DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL CLIENTE REALICE EL PRIMER PAGO DE LA PRIMA DE SEGURO RESULTANTE DEL PROCESO DE AFILIACIÓN, CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA POR CUALQUIER ENFERMEDAD, INCLUYENDO ENFERMEDADES GRAVES, EXCEPTO CÁNCER Y SIDA.
- A LOS TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS (366) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LAS CERO (00:00) HORAS DEL DÍA SIGUIENTE EN QUE EL CLIENTE REALICE EL PRIMER PAGO DE LA PRIMA DE SEGURO RESULTANTE DEL PROCESO DE AFILIACIÓN, CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA POR CUALQUIER CAUSA SIN NINGUNA EXCEPCIÓN.

PARÁGRAFO: Se definen como enfermedades graves las siguientes:

- ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR: Es la pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo a una parte del cerebro, que acuse lesiones irreversibles tales como pérdida permanente del conocimiento, pensamiento, lenguaje o sensación. Puede ser causado por trombosis, embolia, estenosis de una arteria del cerebro o hemorragia cerebral.
- INSUFICIENCIA RENAL: Es el daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal o un trasplante de riñón.
- INFARTO DEL MIOCARDIO: Es la muerte del músculo cardíaco, ocasionada por una irrigación sanguínea deficiente.
- CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA: Es la intervención quirúrgica a corazón abierto, que se realiza para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, que no responden a tratamiento médico y en consecuencia es necesaria la realización de un by-pass o puente coronario.
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión, incoordinación, debilidad e incontinencia urinaria.

3. GRUPO ASEGURABLE

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los clientes del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza para cada asegurado será anual con pago de prima mensual y comenzará a partir de las doce (12) de la noche del día en que el cliente realice el pago de la prima resultante del proceso de afiliación. La póliza se renovará mes a mes, una vez realizado el pago de la prima de la forma mencionada.

5. PAGO DE LA PRIMA

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Artículo 1068. Del código de Comercio.

6. MÁXIMO VALOR ASEGURADO POR PERSONA

Dos planes por persona

7. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de Ingreso es de mínimo 18 y máximo 65 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. La edad de permanencia es hasta los setenta 70 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

8. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprueba que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a MAPFRE, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso o de permanencia a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

9. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA

El asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del código de comercio. Las sanciones consagradas en el artículo 1058 del código de comercio no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

10. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Diligenciamiento de la solicitud de seguro.

11. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

La presente póliza, termina por las siguientes causas:

- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.
- Cuando la obligación del asegurado con el tomador se extinga totalmente.
- Por Fallecimiento del asegurado.
- Por no pago de la prima según lo definido en el artículo 1068 del código de comercio

12. REVOCACIÓN

El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a MAPFRE, por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata en la fecha de revocación. El contrato quedará revocado a los sesenta (60) días de recibo de tal comunicación.

13. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

14. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

15. DOCUMENTOS SUGERIDOS EN CASO DE SINIESTRO

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, se podrán aportar documentos tales como:

16. PARA FALLECIMIENTO:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- Registro civil de nacimiento del asegurado o fotocopia de la cédula si es mayor de edad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía para los beneficiarios mayores de edad.
- Fotocopia del registro civil de nacimiento para los beneficiarios menores de edad
- Registro de defunción si existen beneficiarios ya fallecidos si los hay.
- Declaración extra juicio hecha por una persona ajena a la familia, indicando el momento del fallecimiento, el estado civil del fallecido, si tenía hijos o no, y cuántos (matrimoniales, extra matrimoniales o adoptados).
- Registro civil de defunción
- Certificado de defunción
- Historia Clínica completa del asegurado que sufrió el evento.
- Acta de levantamiento del cadáver
- Copia del protocolo de necropsia.
- Informe de las autoridades (Tránsito) que atendieron el evento
- Certificado de cuenta bancaria de los beneficiarios

MAPFRE podrá solicitar documentos adicionales en caso de ser necesarios para el estudio de la reclamación.

17. PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de siniestro usted puede comunicarse con la línea de atención **MAPFRESI 24 Bogotá 601 307 7024, Nacional 018000 519 991** o al correo electrónico zzlaperturasvida@mafre.com.co

En caso de solicitar cambios o información de su póliza comuníquese a la línea 018000 974545

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



Nacional: **018000 519 991**
Bogotá: **601 307 7024**



FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero:
manuelg.rueda@gmail.com