



MGL1575 SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

TIPO DE NOVEDAD

NOMBRE ASESOR	
---------------	--

FECHA RADICACIÓN		
DD	MM	AAAA

DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	FECHA SOLICITUD		
			DD	MM	AAAA
NIT	860015964	COOPMINCOM			

DATOS DEL ASEGURADO										
APELLIDOS					NOMBRES					
TIPO DOCUMENTO		NÚMERO			GÉNERO	FECHA NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	
CC						DD	MM	AAAA		
DIRECCIÓN RESIDENCIA				TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD			DEPARTAMENTO	PAÍS	
NÚMERO CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO							
DEPORTE QUE PRACTICA			PROFESIÓN					ESTATURA (CMS)	PESO (KG)	
OCUPACIÓN ACTUAL								EPS		
¿CONSUME ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?			¿CUÁL?							
DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD										

¿Ha padecido o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (En caso de respuesta afirmativa, diligencie los campos complementarios)

EN CASO DE DECLARAR ALGUNA ENFERMEDAD O CONSUMO DE MEDICAMENTO SE DEBE SOLICITAR AUTORIZACIÓN A LA ASEGURADORA

TIPO ENFERMEDAD	SI/NO	TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	FECHA DIAGNÓSTICO, OCURRENCIA O PRÁCTICA			ESTADO ACTUAL
			DD	MM	AAAA	
Cardiovascular						
Hipertensión arterial						
Pulmonar, asma, tuberculosis						
Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hernias, colon)						
Renales y/o genitourinarias (próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio)						
Enfermedades hepáticas (higado, páncreas)						
Enfermedades venereas						
Músculo-esqueléticas, reumatismo, artritis						
Mentales (bipolaridad, alzheimer, depresión...)						
Nerviosas (epilepsia, trastornos emocionales...)						
Diabetes mellitus						
Cáncer u otros tumores						
Cerebro vasculares						
SIDA /VIH						
¿Le han ocurrido accidentes o lesiones graves?						
Deformidades o malformaciones						
¿Otra enfermedad no descrita anteriormente? ¿Cuál?						
¿Ha sido hospitalizado durante los últimos 5 años?						
¿Se ha sometido a cirugías durante los últimos 10 años?						
¿Piensa someterse a alguna cirugía?						

¿Se encuentra en estado de embarazo?	MES ESPERADO DEL PARTO		
¿Complicaciones ginecológicas u obstétricas?	¿Cuáles?		
¿Ha tenido embarazo anteriores?	¿He tenido complicaciones en esos partos?		¿Cuáles?

[illegible]

No. CRÉDITO	VALOR ASEGURADO INICIAL O DEL PRÉSTAMO INICIAL	PLAZO DEL CRÉDITO	SOLICITUD INCREMENTO VALOR ASEGURADO A	VALOR PRIMA
				0%

DATOS DEL INTERMEDIARIO		
NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	SUCURSAL
XXLA ASESORIAS LTDA	5892	NAVARRA

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

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

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

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 comuniquen 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.

01042020-1326/1430-P-34-VTE5301ABRIL2020

NOMBRE ASEGURADO

860015964

IDENTIFICACIÓN TOMADOR

Entiéndase la palabra "MAPFRE" Y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.