MAPFRE | SERVICIOS EXEQUIALES

MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A.S.
NIT 900.621.719-6

SOLICITUD DE AFILIACIÓN CONTRATO DE PREVISIÓN EXEQUIAL COLECTIVO

015 011551

(Favor diligenciar en letra imprenta sin enmendaduras)

DATOS GENERALES

RAZÓN SOCIAL (NOMBRE DE LA EMPRESA)	NIT	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FECHA REPORTE DE NOVEDAD (DIA / MES / AÑO)

AFILIADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	T.D.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO)	DIRECCIÓN DOMICILIO	CIUDAD

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR

GRUPO FAMILIAR AFILIADO

TIPO. DOC	No. DOCUMENTO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	EDAD

AP - AFILIADO PRINCIPAL **HI** - HIJOS **PA** - PADRES **HM** - HERMANOS **AB** - ABUELOS **SU** - SUEGROS **NI** - NIETOS **TI** - TIOS **SO** - SOBRINOS **CO** - CONYUGE **CU** - CUÑADOS **PR** - PRIMOS **YE** - YERNO **NU** - NUERA

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA (En caso de fallecimiento del afiliado principal)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	T.I.	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

BENEFICIARIO DEL AUXILIO DE DESTINO FINAL (En caso de fallecimiento del afiliado principal)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	GENERO	FECHA DE NACIMIENTO	T.I.	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

PROGRAMA SELECCIONADO

EMPRESARIAL	SOLTERO		CASADO		OTRO		CONVENCIONAL	PLATEADO		DORADO		Otro ¿cuál?		
							ESPECIAL	DORADO		Otro ¿cuál?				
INSTITUCIONAL	SOLTERO		CASADO		OTRO		EXELENCIA							

LIMITACIONES DEL CONTRATO

Aplican para el programa institucional y para los afiliados al programa empresarial con edad mayor a 60 años.

Los amparos otorgados por el presente contrato serán efectivos:

- A partir del primer día de vigencia cuando el fallecimiento ocurra por causa accidental, homicidio o suicidio.
- A partir del 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 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 día trescientos sesenta y seis (366) contados desde el inicio de vigencia, cuando el fallecimiento ocurra por cualquier causa.

PARÁGRAFO: Se entienden como enfermedades graves: Accidente cerebro vascular, infarto al miocardio, cirugía arterio-coronaria, insuficiencia renal y esclerosis múltiple.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A.S y a Mapfre Seguros (entiéndase Mapfre Seguros Generales o Mapfre Colombia Vida Seguros) para que a partir de la fecha de la presente solicitud y aún después de mi fallecimiento o de la de alguno de los afiliados en este contrato, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que nos haya atendido, copia de nuestra historia clínica y de todos aquellos datos 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.

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

DEFINICIONES. COMPAÑÍA significa 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 MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., CREDIMAPFRE S.A. Compañías Tratantes significan la Compañía 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 la Compañía 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.; y (IV) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008.

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 la Compañía 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 la Compañía 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 riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (III) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (IV) Determinar y liquidar pagos de créditos; (v) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vi) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo; (VII) 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; (VIII) 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; (IX) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (X) 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 la Compañía 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.

CÓDIGO ASESOR	NOMBRE ASESOR	SUCURSAL

huella de índice derecho

FIRMA DEL AFILIADO PRINCIPAL

CIUDAD Y FECHA

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

FECHA DE RADICACIÓN	Vo.Bo. REVISIÓN	GRABADO SISTEMAS	FECHA INICIACIÓN VIGENCIA (DIA / MES / AÑO)

MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES S.A.S.

MGL1501 SOLICITUD DE AFILIACION PREVISION EXEQUIAL COLECTIVO

Impreso por Romard Publicidad S.A.S. Nit. 900.138.195-6 Tel.742 7209