



SOLICITUD PÓLIZA  
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR



No. XXXXXXXXXXXX

FECHA DE SOLICITUD

DD

MM

AAAA

Código oficina	Nombre oficina	Número	Cod. ejecutivo	Vigencia del seguro
201	MINORISTA	0	FMURILLO	
Plan seleccionado	SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR			
Tomador del seguro	FINTRA S.A.S	Nit	802022016 -1	

TIPO DE PRODUCTO	CONSUMO (EDUCATIVO)	<input type="checkbox"/>	MICROCREDITO	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PRODUCTO				

DATOS DEL ASEGURADO															
Primer Nombre			Segundo Nombre				Primer Apellido			Segundo Apellido					
Tipo y Número de identificación del Asegurado						Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		Genero			
C.C	<input type="text"/>	C.E	<input type="text"/>	P.S	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>	DD	MM	AAAA	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	F	<input type="text"/>
Departamento			Ciudad			Dirección de residencia				Dirección Laboral					
Teléfono Fijo			No. Celular			Profesión Ocupación Actual				E- mail					

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	TASA MENSUAL
Fallecimiento por cualquier causa	Saldo insoluto de la deuda	1.2%
Incapacidad total y permanente	Saldo insoluto de la deuda	

Valor del crédito	Valores de la Prima	
\$	PRIMA MENSUAL (a la fecha de expedición del certificado)	\$

DECLARACIONES

Por medio de la presente declaracion, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro, asi como, acepto el contenido de sus amparos, exclusiones, los cuales se encuentran al reverso de la presente Solicitud Póliza. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 74. Tambien declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades economicas son legales y licitas, no practico deportes que pongan en peligro mi integridad personal, no padezco ni he padecido enfermedades mentales, psiquiatricas, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia renal, esclerosis multiple, cancer, tumores, diabetes, epilepsia, SIDA, enfermedades congenitas o cualquier otra enfermedad que haya afectado mi salud antes de la suscripción de la presente póliza.

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 su 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. **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

AUTORIZACIONES

Autorizo a FINANCIERA FINTRA S.A.S, en adelante FINANCIERA FINTRA S.A.S, a debitar o cargar la suma que corresponda al valor de la prima del seguro adquirido por mí y proceder a su pago a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A, en adelante MAPFRE, de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud póliza. El débito o cargo automático autorizado se realizará durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento, siempre que existan en cualquiera de mis cuentas bancarias (ahorros o corriente), recursos disponibles y suficientes, así como cupo en mi tarjeta para atender este pago. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo de vigencia del contrato de seguro y sus renovaciones, las cuales se realizarán de manera automática, salvo manifestación en contrario hecha por escrito en la cláusula prevista inmediatamente anterior a la firma de la presente solicitud póliza. Me comprometo a dar información por escrito del cambio de cualquiera de los productos para la realización del débito automático que mediante la presenta cláusula se autoriza, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su ocurrencia. Autorizo a efectuar la renovación automática del seguro por periodos iguales al inicialmente pactado y tengo conocimiento que MAPFRE, realizará una revisión de la tasa o prima del seguro, de acuerdo con el resultado técnico del contrato de seguro celebrado entre FINANCIERA FINTRA S.A.S. y MAPFRE, Una vez declarado esto, autorizo la actualización del cobro de dicha prima de acuerdo con el plan seleccionado y crédito adquirido. El cliente acepta que FINANCIERA FINTRA S.A.S. sólo actúa como proveedor de su red o aliado comercial, siguiendo exclusivamente las instrucciones otorgadas por MAPFRE. FINANCIERA FINTRA S.A.S. no actúa como asegurador, ni como intermediario de seguros y por ende, no asume ninguna obligación o responsabilidad derivada de tales calidades. Con la firma del presente documento, el cliente declara que conoce todas las condiciones de la póliza, sus anexos, la naturaleza de los amparos, sus costos, formas de pago, condiciones y restricciones comerciales, legales y contractuales y que ha efectuado una labor diligente de revisión de las mismas que lo han conducido a tomar, de forma autónoma, la decisión de adquirir los respectivos seguros. El cliente declara a su exclusivo cargo el valor de las primas, impuestos, comisiones y demás cargos relacionados con la póliza y, los riesgos derivados del no pago, en el evento que no sea posible cargar dichos costos o en caso de no pago de los mismos. El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de MAPFRE y por tanto FINANCIERA FINTRA S.A.S. no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto de seguro, se resolverá entre el asegurado y MAPFRE, sin responsabilidad alguna por parte de FINANCIERA FINTRA S.A.S. El asegurado acepta que FINANCIERA FINTRA S.A.S. como beneficiario del seguro hasta el saldo de las obligaciones, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar la misma mes a mes, contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses.

Declaro que he leído, revisado, atendido las condiciones del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada

Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

Firma del Asegurado

No. de Doc. Identidad

Huella Índice  
Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre del Asesor Comercial:

Codigo de Oficina:

C.C.: