

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL - SEGURO DE VIDA GRUPO CONSTRUIR FUTURO FAMILIAR - GRANFONDO

Fecha Diligenciamiento Solicitud		DD	MM	AAAA					
Póliza No.	No. Certificado Individual		Fecha Inicio de Vigencia		DD	MM	AAAA		
DATOS DEL TOMADOR									
Tomador		NIT	Dirección		Teléfono				
FEG - FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO		800.097.913-8	Calle 59 A BIS No. 5 - 53 Ofc. 303		321 8299 I				
DATOS ASOCIADO									
Asociado		Documento	Correo Electrónico		Teléfono				
DATOS DEL ASEGURADO									
Nombre y Apellidos				Correo Electrónico					
Tipo Documento		No.	Fecha de Expedición		DD	MM	AAAA		
Edad	Fecha Nacimiento		DD	MM	AAAA		Nacionalidad		
Dirección Residencia		Ciudad							
Hobbies / Deportes que practica		Peso		Estatura					
Teléfono de Oficina		Teléfono de Residencia		Ciudad					
Profesión u Oficio		Actividad	Ciudad		Celular				
Empresa donde labora		Actividad de la Empresa		Correo Electrónico					
OPCIONES DE COBERTURAS Y PLANES									
AMPAROS CONTRATADOS: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE									
OPCIONES DE COBERTURAS Y PLANES	Valor Asegurado Mensual	Opción Escogida	Valor Asegurado Total (60 mensualidades)	Opción Escogida	Prima Mensual según plan				
1	\$500.000		\$ 30.000.000		\$ 9.200				
2	\$850.000		\$ 51.000.000		\$ 12.200				
3	\$1.350.000		\$ 81.000.000		\$ 16.600				
El beneficiario puede elegir que el pago según la opción escogida se realice en mensualidades o en un solo pago total siempre y cuando este lo determine en la carta de reclamación. Si este pago es escogido en las 60 mensualidades, el valor de la opción seleccionada será incrementado cada año de acuerdo al IPC.									
INFORMACIÓN IMPORTANTE									
<p>Vigencia del Seguro: Dentro de los 15 días hábiles siguientes al diligenciamiento de esta solicitud, la Compañía podrá declinar el riesgo o solicitar requisitos adicionales para su evaluación; en ambos casos lo hará mediante comunicación enviada al correo electrónico registrado en esta solicitud. En caso contrario, el presente documento se configura como Certificado de Seguro e inicia vigencia a partir de las 00:00 horas del día indicado en la fecha de inicio de vigencia y estará vigente hasta las 24:00 horas del último día del periodo pagado.</p> <p>El pago de las primas es condición indispensable para otorgar la cobertura para cada periodo facturado.</p> <p>Renovación del Seguro: El seguro se renovará automáticamente por periodos iguales al inicialmente contratado, previo pago de la prima, a menos que una de las partes manifieste lo contrario por escrito a la compañía por intermedio del Tomador o por el propio asegurado y tendrá efecto a partir del siguiente periodo de pago.</p> <p>El valor correspondiente a la prima que se cause del seguro objeto de este certificado será la que conste en el espacio "Total Prima a Pagar" del presente y de allí en adelante, en cada periodo, de acuerdo con la tarifa vigente.</p>									
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD									
Se encuentra en buen estado de Salud?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Según su leal saber y entender, conoce de la existencia de cualquier otra enfermedad, o trastornos, o estado patológico, o afección distinta a las mencionadas anteriormente?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha sufrido o padece alguna enfermedad?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuál?					
En caso afirmativo, ¿Cuál?		Tiene alguna cirugía pendiente?						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desde Cuando?		En Caso afirmativo de que y cuando:							
Ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, o lesión, o incapacidad relacionada con lo siguiente: Trastornos cardiovasculares o trastornos renales, o tensión arterial, o derrames cerebrales o cáncer, o leucemia, o diabetes, trastornos inmunológicos, o padecimientos relacionados con el VIH o SIDA, o tumores, o cálculos, o incapacidad, o defectos físicos?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Practica algún deporte de manera competitiva de los considerados de alto riesgo: (Por ejemplo: Paracaidismo, motociclismo, montañismo, alas delta, aviación no comercial, ultralivianos, automovilismo, etc.).				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿cuál?		En caso afirmativo, mencione de deporte y con que frecuencia lo practica:							
Desde cuando?		Solo para mujeres, se encuentra en estado de embarazo						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RELACION DE BENEFICIARIO Y OPCIÓN ESCOGIDA									
Apellidos y Nombres		Parentesco con el Asegurado		Opción del Plan Escogido		%			
						100%			
Periodo de Pago		Mensual		Total Prima a Pagar		\$			
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN SE DEBE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN EN CASO QUE EL BENEFICIARIO SEA MENOR DE EDAD									
C.c o Nit		De		Teléfono					
INFORMACIÓN SOBRE SU ESTADO DE SALUD									
Manifiesto que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales, así como las declaraciones que he realizado, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia no he sido obligado a responder o declarar, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial los relativos a la salud y datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario, se debe tener en consideración lo establecido en el Capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.									
INFORMACIÓN SOBRE LAVADO DE ACTIVOS Y USO DE DATOS PERSONALES									
<p>Declaro expresamente que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano.</p> <p>1. Autorizo expresamente a la Compañía Mundial de Seguros S.A., ubicada en la Calle 33 No 6B 24 Pisos 1 al 4 en la Ciudad de Bogotá D.C., Teléfono 2855600, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedades (es) antes mencionada(s), para contactarme (nos) telefónica o electrónicamente a fin de solicitar el suministro y complemento de mi (nuestra) información financiera, comercial y de mis datos personales de acuerdo con los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora; así mismo, la aseguradora me ha informado de manera expresa que mis datos personales serán tratados para las siguientes finalidades: i) el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, y/o contraparte contractual. ii) el proceso de negociación de contratos con la aseguradora, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) la ejecución y el cumplimiento de los contratos que se celebre. iv) el control y la prevención del fraude. v) la liquidación y pago de siniestros. vi) todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la aseguradora. xi) la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xii) consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario, o a cualquier otra entidad autorizada, la información del presente formulario y aquella derivada del contrato que se celebre o de cualquier otro vínculo contractual que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de las pólizas y demás servicios que surjan. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. 3. Usuarios de la Información: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de la Compañía Mundial de Seguros S.A. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la Compañía Mundial de Seguros S.A, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Los intermediarios de seguros, que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales la Compañía Mundial de Seguros S.A adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. 4. Derechos del titular de la información: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. Responsables y encargados del tratamiento de la información: Que los Responsables del tratamiento de la información son la Compañía Mundial de Seguros S.A y los intermediarios de seguros, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.</p> <p>Al firmar la presente solicitud manifiesto que todas las respuestas son exactas, completas y verídicas, por tanto declaro que en el evento que sea aprobada la solicitud, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada a Mundial Seguros, podrá proceder de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 concordante con los Arts. 1158 y 1161 del Código de Comercio. Por medio de este formato AUTORIZO expresamente a cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontología, para que suministre a Mundial Seguros, copia de mi historia clínica y de todos los datos que posean sobre mi salud y que solicite en cualquier momento, aun después de mi fallecimiento.</p> <p>RENUNCIO por tanto, a todas las disposiciones de deontología médica y de Ley que prohíban a los médicos y cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento. La anterior declaración la hago para efectos de descartar cualquier negativa, aduciendo la reserva contemplada en las normas y jurisprudencias que al respecto la regula o llegare a regular.</p>									
FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.		FIRMA DEL SOLICITANTE		FIRMA DEL ASOCIADO					
Fecha	DD	MM	AAAA	HUELLA	C.C. No.	HUELLA			

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL - SEGURO DE VIDA GRUPO CONSTRUIR FUTURO FAMILIAR - GRANFONDO

AMPAROS

VIDA:

Fallecimiento por cualquier causa del asegurado principal. Se incluye la muerte por Suicidio, Homicidio y VIH desde el primer día de vigencia. No cubre preexistencias.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

para los efectos de esta póliza, se considera como incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado, menor de 65 años, que haya sido ocasionada y se manifieste durante el amparo de la presente póliza por una causa no excluida, como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo o actividad remunerada, de conformidad con el dictamen de la junta de calificación de invalidez o de alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo, siempre que dicha incapacidad, haya existido por un periodo continuo no menor de ciento ochenta (180) días y no haya sido provocada por el asegurado, ni aun en estado de enajenación mental y sea calificada con disminución de capacidad laboral igual o superior al 50% con base en el manual único de calificación de invalidez vigente a la fecha de la calificación.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

VIDA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Mínima 18 años • 69 Años un día antes de Cumplir los 70 Años • Ilimitada 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima 18 años • 65 Años un día antes de Cumplir los 66 Años • Permanencia 70 años (un día antes de cumplir 71 años)

DOCUMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE SINIESTROS

DOCUMENTOS GENERALES

- 1) Carta Formal de reclamación relatando los hechos.
- 2) Formato Sarlaft debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- 3) Historia clínica completa del Asegurado.
- 4) Fotocopia de la Cédula de ciudadanía del Asegurado y del Tutor.
- 5) Copia auténtica del Registro Civil de nacimiento de los Beneficiarios.
- 6) Copia de la cédula de ciudadanía si el beneficiario es mayor de edad o, en caso contrario, copia de la Tarjeta de Identidad.
- 7) Prueba de la condición de representante legal o curador de los Beneficiarios menores de edad en los casos que se amerite.

PARA EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- 1) Copia autentica del Registro Civil de Defunción.
- 2) Copia del Acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía sobre la ocurrencia de la muerte y posible causa de fallecimiento en caso de muerte accidental.
- 3) Copia del informe de necropsia en caso de muerte accidental

PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Calificación de Invalidez según dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el sistema de seguridad social están facultadas para hacerlo

CONDICIONES GENERALES

Para toda condición que no esté expresamente indicada en el presente documento aplican las condiciones generales radicadas en la Superintendencia Financiera con código 15/05/2015/1317-P-34 15/05/2015/1317-NTP34-SUS3R00000000022. SE ENCUENTRAN MENCIONADAS EN EL TEXTO DEL CLAUSULADO ENTREGADO AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y PUEDEN SER CONSULTADAS EN LA PÁGINA WEB DE SEGUROS MUNDIAL <http://www.segurosmondial.com.co/media/CONSTRUIR-FUTURO-FAMILIAR.pdf>