



**Fondo de Empleados
Granfondo
N.I.T. 800.097.913-8
Personería Jurídica 1408/90**

Señores

FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO

Bogotá.

Apreciados señores:

Para efectos pertinentes, me permito hacer las declaraciones y expedir la autorización consignada a continuación:

Autorizo al FEG o a quien represente sus derechos consultar y reportar mi estado de cuenta en las centrales de riesgo conforme a las disposiciones legales vigentes.

Autorizo expresa y de manera irrevocable al Fondo de Empleados GRANFONDO FEG, realizar el cobro por concepto de contribución a la protección de cartera por valor del 3% del valor unificado del crédito solicitado.

Firma y huella _____
Cédula de Ciudadanía No. _____ de _____
Nombre y Apellidos _____



FECHA: CIUDAD:

DATOS DEL SOLICITANTE O CODEUDOR

Form with fields: Primer apellido, Segundo apellido, Nombres, Estado Civil, No. C.C., Fecha de nacimiento, Salario Mensual, E-mail, Personas a cargo, Ciudad, Teléfono, Dirección residencia, Empresa donde trabaja, Dependencia, Dirección, Celular, Teléfonos

Form with fields: Valor Solicitado, Valor Unificado, Modalidad, No. Cuotas, Quincenal, Mensual, Valor de la Cuota, Interés Cte, % Quincenal, Mensual, Equivalente, % E.A, Fecha Inicio, No. Cuotas Extras, Valor, En prima de

Datos deudor solidario

Form with fields: Primer apellido, Segundo apellido, Nombres, Identificación (C.C., C.E., Nit.), Número, Empresa donde trabaja, Cargo, Dependencia, Sueldo, Dirección residencia, Teléfonos

Referencias

Form with fields: Familiar que no viva con usted (Nombres y apellidos, Dirección residencia, Teléfono residencia, Empresa donde trabaja, Teléfono trabajo), Personal (Nombres y apellidos, Teléfono residencia, Empresa donde trabaja, Teléfono trabajo)

Autorizo al FEG, consultar y reportar mi estado de cuenta en las centrales de riesgo conforme a las disposiciones legales vigentes.

Autorizo a descontar del Fondo Mutual Garantías FEG Aporte (%)



Form with fields: Firma Solicitante, Consignar en cuenta (Corriente, Ahorros, Banco), No., Autorizo recoger los saldos de, Observaciones

Esta solicitud no implica aprobación y esta sujeta a su verificación conforme a las disposiciones vigentes.

ESPACIO PARA EL USO DEL FEG

Form with fields: Endeudamiento %, Aprobó, Rechazó, Firmas, Valor a girar

PAGARE N° VALOR: FECHA VENCIMIENTO:

Yo (nosotros) identificado (s) con cedula No. actuando en nombre propio, declaro (amos): PRIMERA.- OBJETO: Que por virtud del presente título valor, me (nos) obligo (obligamos) a pagar solidaria, incondicional e indivisiblemente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO con sigla FEG, o a quien represente sus derechos, en la ciudad, el día la suma unificada de (\$) MCTE. SEGUNDA.- INTERESES: Que sobre la suma debida pagare (pagaremos) intereses, equivalentes al por ciento (%) mensual, sobre saldos insolutos a mi (nuestro) cargo. En caso de mora pagaré (pagaremos) intereses a la tasa máxima legal autorizada, sobre la totalidad del saldo insoluto, sin perjuicio de que el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, inicie las acciones que la Ley consagra a su favor. TERCERA.- CLÁUSULA ACELERATORIA: EL FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO o cualquier otro tenedor legítimo de este pagare, podrá declarar vencidos la totalidad de los plazos de esta obligación o de las cuotas que constituyan el saldo de lo vencido y exigir judicial o extrajudicialmente el pago total del saldo insoluto de la deuda, de los intereses moratorios y de gastos de cobranza incluidos honorarios de abogado; si se incurre en alguno de los siguientes eventos: a) Me (nos) encuentre (encontremos) en mora en el pago de cualquier obligación que tenga (tengamos) conjunta o separadamente a favor del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO; b) Si fuere (fuéremos) demandado (s) judicialmente en forma conjunta o separada por personas naturales o jurídicas diferentes al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO. Como garantía parcial de la presente obligación, los suscritos en calidad de asociados del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, entregamos a su orden la cuantía de nuestros aportes y ahorros. Este pagare no esta sujeto a la presentación para el pago ni al protesto. En constancia de lo anterior, se suscribe este documento en el día del mes de del año.

Form with fields: Firma Deudor, C.C., Nombre, Dirección Domicilio, Teléfono y Celular, Firma Deudor Solidario, C.C., Nombre, Dirección Domicilio, Teléfono y Celular

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE EN BLANCO

Señores: FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG CIUDAD: FECHA:
Yo (nosotros) Mayores de edad, con domicilio en la ciudad de, identificado (os) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s), por medio de la presente conforme a lo establecido en el Código de comercio artículo 622, autorizo (amos) en forma irrevocable y permanente, para que de modo expreso procedan a diligenciar el pagaré a la orden, otorgado a su favor y distinguido con el Número, mediante el cual nos obligamos a pagar incondicionalmente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO - FEG, completándolo en los espacios dejados en blanco, correspondientes a la fecha de vencimiento y cuantía (capital, comisiones, intereses, costos y todos los demás conceptos relacionados con las obligaciones correspondientes). Igualmente si se llega (llegáramos) a constituirme (constituirmos) en mora por el no pago de la totalidad o parte de una o más obligaciones a mi (nuestro) cargo y en favor del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, podrá el FEG exigir de inmediato, la cancelación de todas las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor (es) aún cuando por razón de los plazos previamente acordados no se encuentren vencidas, ya que por la anterior circunstancia todas y cada una de las mismas se entienden exigibles de inmediato, dichos valores se incluirán en el citado pagare. También queda facultado el FEG para proceder en forma idéntica a la anterior, en caso de que cualquiera de los que suscribimos este documento resulte embargado por un tercero o por el mismo FEG, sea declarado en quiebra, llamado a concordato o concurso de acreedores. El pagaré podrá ser llenado sin previo aviso de acuerdo con las siguientes instrucciones:
1. La cuantía será igual al monto de todas las sumas que por cualquier concepto le este (estemos) debiendo al FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO el día que sea diligenciado, incluyendo en dicha cuantía el valor de aquellas obligaciones que se declaren de plazo vencido como anteriormente se autorizó.
2.- La persona a quien debe realizarse el pago será el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO - FEG, o quien represente sus derechos.
3.- La fecha de vencimiento será la del día en que el título valor sea diligenciado.
4.- En materia de intereses se observarán para su cálculo y liquidación las siguientes pautas:
a) -Los intereses de mora serán los máximos legalmente autorizados para la (s) obligación (es) asumidos por mi (nosotros) frente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.
b).- En caso de que por mi (nuestro) incumplimiento el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO optare por declarar vencido el plazo pactado y hacer exigible de inmediato la cancelación de todas las obligaciones a mi (nuestro) cargo, está facultando para cobrarme (cobrarnos) los intereses de mora sobre el saldo insoluto del capital adeudado a la tasa señalada en el literal a de este numeral, desde el momento que se haga exigible y hasta su pago total.
c).- Si por caso contrario el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, decidiese a pesar de de mi (nuestro) incumplimiento no declarar plazo vencido, el saldo total de mis (nuestras) obligación (es) podrá exigirme (exigirnos) intereses moratorios a la tasa señalada en el literal a de este numeral, sobre la cuota (o cuotas) de capital vencidas desde su exigibilidad y hasta su pago total.
El pagaré así diligenciado, será exigible inmediatamente y prestara merito ejecutivo sin formalidad adicional alguna.
En constancia de lo anterior, se suscribe este documento el día del mes de del año.
OTORGANTES:

Form with fields: Deudor, C.C., Deudor Solidario, C.C.

LIBRANZA

Respetado (s) Pagador (es) de
En mi calidad de empleado de esa institución y de conformidad con lo previsto en el artículo 59 del C.S.T. Y demás concordantes, comedidamente me dirijo a usted, con el fin de autorizar el descuento de mi salario, vacaciones, prestaciones sociales legales y extralegales la cantidad de () cuotas, cada una por valor de \$ siendo el primer descuento el mes de: del año y así sucesivamente con destino al FEG. En el evento que me desvincule del lo autorizó para descontar de mi liquidación final el saldo insoluto de la deuda conforme a lo dispuesto en el pagaré.

Form with fields: Firma Deudor Principal, C.C., Firma Deudor Solidario, C.C.

<input type="radio"/> NUEVO <input type="radio"/> ANTIGUO <input type="radio"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS	LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">MES</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">AÑO</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO					

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO	RAMO DESEMPLEO	AMPAROS OTORGADOS	* DESEMPLEO INVOLUNTARIO * INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
---------------------------------------	-----------------------	--------------------------	--

DATOS DEL TOMADOR	
TIPO DE DOCUMENTO NIT <input checked="" type="checkbox"/> No. 800.097.913-8	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y Nombres) FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO

DIRECCIÓN Calle 59A bis No. 5-33	TELEFONO (1) 3218299	CIUDAD / MUNICIPIO Bogotá	DEPARTAMENTO Bogotá
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL	
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> No. _____	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO CELULAR	NACIONALIDAD	

DIRECCIÓN DOMICILIO	TELEFONO DOMICILIO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	CARGO QUE DESEMPEÑA	INGRESOS MENSUALES \$	

(Señales con una X) ESPACIO PARA EMPLEADOS		(Señales con una X) ESPACIO PARA PERSONAS INDEPENDIENTES	
<input type="radio"/> TÉRMINO INDEFINIDO	<input type="radio"/> TÉRMINO INDEFINIDO CON RENOVACIÓN PRESUNTIVA	<input type="radio"/> FUNCIONARIO PUBLICO	<input type="radio"/> CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS
<input type="radio"/> TÉRMINO FIJO A 1 AÑO		<input type="radio"/> CONTRATO LABORAL VERBAL	
<input type="radio"/> OTRO ¿CUÁL? _____		<input type="radio"/> OTRO ¿CUÁL? _____	

LA CONDICIÓN DEL ASEGURADO, COMO EMPLEADO O INDEPENDIENTE SERÁ DEMOSTRADO POR EL MISMO EN LA OCURENCIA DEL SINIESTRO (EL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL O TEMPORAL)

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:
 ¿Maneja recursos públicos? Si No ¿Tiene reconocimiento público? Si No ¿Ejerce algún grado de poder público? Si No

VIGENCIA: LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA COMIENZA A LAS 23 HORAS 59 MINUTOS DEL DÍA EN QUE SE REALICE EL DESEMBOLSO DEL CREDITO.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESEMPLEO FONDO DE EMPLEADOS DE GRANFONDO

1. OBJETO.
AMPARO.
 CONTRA EL RIESGO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, A LOS DEUDORES (PERSONA NATURAL) DEL TOMADOR, INDEMNIZANDO HASTA EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL QUE SE HAYA ESTABLECIDO POR EFECTOS DE LA OBLIGACIÓN ADQUIRIDA.
 EL PRESENTE DOCUMENTO APLICA PARA CRÉDITOS NUEVOS Y REFINANCIACIONES QUE SE EFECTÚEN BAJO EL MISMO CRÉDITO.
ASEGURADOR.
 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860.524.654 – 6.
TOMADOR.
 FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.
ASEGURADOS.
A) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO INDEFINIDO, CUYO CONTRATO TENGA UNA ANTIGÜEDAD MÍNIMA DE DOS (2) MESES.
B) QUE EL ASEGURADO CUENTE CON UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO, O TÉRMINO FIJO VIGENTE MÍNIMO POR UN AÑO, CUYA VIGENCIA SE VEA INTERRUMPIDA UNILATERALMENTE POR EL CONTRATANTE SIN JUSTA CAUSA ANTES DE SU VENCIMIENTO.
C) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO QUE TENGAN CLÁUSULA DE PLAZO PRESUNTIVO SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE CONTINUIDAD LABORAL MÍNIMO DOS (2) AÑOS CON LA MISMA ENTIDAD.
BENEFICIARIOS.
 PARA EL AMPARO DESCRITO EN LA PÓLIZA: COBERTURA DE DESEMPLEO (DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL) SERÁ EL TOMADOR DE LA PÓLIZA **FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO**, SIN EXCEDER LA SUMA ASEGURADA Y PERIODOS DE INDEMNIZACIÓN ACORDADOS.
2. AMPAROS.
2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Dependientes).
 POR MEDIO DEL PRESENTE AMPARO SE INDEMNIZA EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEL ASEGURADO POR UN PERÍODO CONSECUTIVO IGUAL AL ACORDADO CON EL TOMADOR Y DESCRITO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, CAUSADO DE MANERA FORTUITA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, ES DECIR RESULTANTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:
 A) DESPIDO SIN JUSTA CAUSA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA.
 B) INTERRUPCIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO (TÉRMINO INDEFINIDO O TÉRMINO FIJO MÍNIMO UN AÑO), SIN JUSTA CAUSA. EN EL CASO DE CONTRATOS A TÉRMINO FIJO SE AMPARA LA INTERRUPCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR, ANTES DEL VENCIMIENTO NATURAL DEL CONTRATO.
 C) SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO DESEMPLEO INVOLUNTARIO CUANDO TERMINE EL CONTRATO DE TRABAJO POR MUTUO ACUERDO ENTRE EMPLEADOR Y ASEGURADO, AVALADO DICHO ACUERDO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, MEDIANTE UN ACTA DE CONCILIACIÓN Y ADICIONALMENTE QUE EN LA LIQUIDACIÓN FINAL DE PRESTACIONES DE DICHO TRABAJADOR SE HAYA RECONOCIDO Y PAGADO UNA BONIFICACIÓN NO MENOR AL 50% DE LA INDEMNIZACIÓN LEGAL O CONVENCIONAL QUE LE HUBIESE CORRESPONDIDO EN CASO DE UN DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.
NOTA. POR CADA ASEGURADO EN DESEMPLEO INVOLUNTARIO SE AMPARA HASTA UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN.
2.1.1 ASEGURADOS BAJO ESTE ANEXO.
 BAJO ESTE AMPARO ES OBLIGATORIO ASEGURAR SOLAMENTE A:
 1. TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO CUYO CONTRATO LABORAL HAYA INICIADO COMO MÍNIMO DOS (2) MESES ANTES DE INGRESAR A LA PÓLIZA.
 2. TRABAJADORES CON UN CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO, O TÉRMINO FIJO VIGENTE MÍNIMO POR UN (1) AÑO, CUYA VIGENCIA SE VEA INTERRUMPIDA UNILATERALMENTE POR EL CONTRATANTE SIN JUSTA CAUSA ANTES DE SU VENCIMIENTO.
 3. TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO QUE TENGAN CLÁUSULA DE PLAZO PRESUNTIVO SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE CONTINUIDAD LABORAL MÍNIMO DOS (2) AÑOS CON LA MISMA ENTIDAD.
2.1.2. EXCLUSIONES DESEMPLEO.
 A) CUALQUIER ACTO DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN, REBELIÓN O ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL.
 B) CUANDO A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA EL TRABAJADOR TIENE UN CONTRATO LABORAL CON MENOS DE DOS (2) MESES DE INICIADO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA RENOVACIONES ININTERRUMPIDAS EN CONTRATOS DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO.
 C) POR FINALIZACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA.
 D) DESEMPLEO VOLUNTARIO (LA RENUNCIA).
 E) DESPIDO POR PARTE DEL EMPLEADOR CON JUSTA CAUSA.
 F) CONTRATOS DE TRABAJO NO ASEGURADOS BAJO ESTA COBERTURA TALES COMO: VERBALES, QUE NO CUMPLAN CON LAS EXIGENCIAS DE LA LEGISLACIÓN LABORAL (CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO).
 G) DESEMPLEO DEL ASEGURADO A CAUSA DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ.
 H) DESPIDO COLECTIVO CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.
 I) LOS SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN, LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA O FUSIÓN DE EMPRESAS.
 J) HABER ENLISTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS.
 K) CONTRATOS LABORALES A TÉRMINO INFERIOR A UN (1) AÑO.
 L) CUANDO LOS EMPLEADOS TRABAJADORES SEAN EMPLEADOS DE SU PROPIA EMPRESA.
 M) DESEMPLEO QUE OCURRA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENZIA TREINTA (30) DÍAS O EN EL PERÍODO DE PRUEBA DEL TRABAJADOR.
 N) LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO POR MUTUO ACUERDO, SI NO EXISTE CONCILIACIÓN, O SI LA INDEMNIZACIÓN LEGAL QUE LE HUBIERE CORRESPONDIDO SEA INFERIOR AL 50% EN CASO DE DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.
 O) CONTRATOS DE TRABAJO CON COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO
 P) DESEMPLEO RESULTANTE DEL VENCIMIENTO DE LOS CONTRATOS PACTADOS A TÉRMINO FIJO POR FINALIZACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA
 Q) EMPLEADOS EN "PROVISIONALIDAD"
 R) SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA O FUNCIÓN DE EMPRESAS
 S) TODOS AQUELLOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.
NOTA. EN DESEMPLEO INVOLUNTARIO, SI LA PERSONA ASEGURADA SE REINTEGRA A LABORAR DENTRO DEL PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN PACTADO DE SEIS (6) MESES, CESARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DE LOS MESES FALTANTES PARA COMPLETAR EL PERÍODO ACORDADO.
2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Independientes)
 MEDIANTE ESTE ANEXO SE INDEMNIZA LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LE IMPIDA DE MANERA TEMPORAL DESARROLLAR UN TRABAJO REMUNERADO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD SEA IGUAL O MAYOR A VEINTE (20) DÍAS Y MENOR O IGUAL A (180) DÍAS.
NOTA. POR CADA ASEGURADO EN INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE AMPARA HASTA UN (1) EVENTO POR VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA DE LA OBLIGACIÓN DEL CRÉDITO.
2.2.1 ASEGURADOS BAJO ESTE ANEXO.
 A) LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES.
 B) LAS PERSONAS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
 C) LAS PERSONAS CON CONTRATO LABORAL VERBAL.
 D) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO.
2.2.2 EXCLUSIONES DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.
 A) INCAPACIDADES SUPERIORES A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS.
 B) CUANDO SEAN PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, MOTÍN O ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA, O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL VIGENTE AL MOMENTO DE LOS HECHOS.
 C) TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIONES INTENCIONALES CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEAN EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
 D) PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DEL ASEGURADO EN ACTOS DELICTIVOS, INFRACCIONES O CONTRAVENCIONES DE

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO INDIVIDUAL SEGURO DE DESEMPLEO - GRANFONDO - FM-SUSV-52 - V.1.12/09/2017

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE DESEMPLEO FONDO DE EMPLEADOS DE GRANFONDO

ACUERDO A LA LEY PENAL.
E) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.
F) RADIACIÓN Y CONTAMINACIÓN CON RADIOACTIVIDAD.
G) ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
H) TODOS AQUELLOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE DESEMPLEO.
I) INCAPACIDADES PRODUCIDAS DENTRO DEL PERIODO DE CARENANCIA (30 DÍAS).
J) ASEGURADOS BAJO ESTE AMPARO QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE AFILIADOS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EPS (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O RÉGIMEN SUBSIDIADO A TRAVÉS DEL SISBEN).
K) ENFERMEDADES PREEXISTENTES.
L) PENSIONADOS POR JUBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ.

DÍAS CALENDARIO Y SE APLICARÁ UNA SOLA VEZ A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA PARA LA PRIMERA VIGENCIA ANUAL. EL PERIODO DE CARENANCIA NO APLICARÁ PARA RENOVACIONES INDIVIDUALES."

SIN IMPORTAR EL TIPO DE CONTRATO LABORAL. SIN PERJUICIO DE LA LIBERTAD PROBATORIA QUE TIENE EL RECLAMANTE, Y SOLO A TÍTULO ENUNCIATIVO E INFORMATIVO, PARA FORMALIZAR LA RECLAMACIÓN EL ASEGURADO PODRÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

3. EDAD MÍNIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA TODOS LOS AMPAROS.
EDAD MÍNIMA DE INGRESO: DE 18 AÑOS PARA MUJERES Y HOMBRES.
EDAD MÁXIMA DE INGRESO: HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LOS SETENTA (70) AÑOS.
EDAD DE PERMANENCIA: DE 70 AÑOS MAS 364 DIAS.

7. PERÍODO DE FRANQUICIA.
SE ESTABLECE UN PERIODO DE FRANQUICIA DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO. ENTENDIÉNDOSE FRANQUICIA COMO EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA DE DEMOSTRACIÓN DEL SINIESTRO Y LA FECHA DEL PRIMER PAGO DE CUOTA MENSUAL POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Independientes)

- A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.
B) SOPORTE PAGO DE PLANILLA PILA INDEPENDIENTES.
C) CERTIFICACIÓN MÉDICA DONDE INDIQUE LA CAUSA Y LOS DÍAS DE INCAPACIDAD ACOMPAÑADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, EMITIDA POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS.
D) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

4. SUMA ASEGURADA Y CALCULO DE LA PRIMA.
SUMA ASEGURADA:
LA SUMA ASEGURADA SERÁ EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO CON UN MÁXIMO DE \$1.500.000 Y HASTA POR SEIS (6) MESES, EN UNO O VARIOS CRÉDITOS QUE TENGA EL ASEGURADO CON GRANFONDO.

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.
EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

EN CASO DE DESEMPLEO SIN JUSTA CAUSA (Dependiente).

- A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.
B) CARTA DE DESPIDO DE LA EMPRESA.
C) CERTIFICACIÓN LABORAL INDIcando TIPO DE CONTRATO, FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN Y SALARIO
D) PARA CONTRATOS A TÉRMINO FIJO, CERTIFICACIÓN LABORAL INDIcando LA CONTINUIDAD DE LOS CONTRATOS.
E) COPIA LIQUIDACIÓN PRESTACIONES SOCIALES DONDE SE INDIQUE EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN.
F) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

EXTENSIÓN DE COBERTURA A EMPLEADOS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- A) POR VENCIMIENTO Y NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.
B) POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA O DE CUALQUIER CUOTA.
C) UNA VEZ VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA, QUE PARA ASEGURADORA SOLIDARIA, ENTIDAD COOPERATIVA ES DE 30 DÍAS.
D) POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
E) LOS CONTRATOS A NOMBRE DE PERSONAS JURÍDICAS NO ESTARÁN CUBIERTOS.
F) CUANDO EL ASEGURADO TERMINE SUS OBLIGACIONES CON LA ENTIDAD O DECIDA RETIRARSE DE LA MISMA.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO ACUERDO.

- A) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASOCIADO.
B) ACTA DE CONCILIACIÓN, EN DONDE SE EVIDENCIE QUE EXISTE UNA BONIFICACIÓN DE MERA LIBERALIDAD POR PARTE DEL EMPLEADOR QUE DEBE SER IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LO QUE HUBIERA CORRESPONDIDO SI EL DESPIDO HUBIESE SIDO SIN JUSTA CAUSA.
C) CONTRATO DE TRABAJO.
D) CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TOMADORA, CON FECHA DE VINCULACIÓN AL SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL MES CORRESPONDIENTE.

SE OTORGA COBERTURA PARA PERSONAS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON MÍNIMO UN (1) AÑO DE ANTIGÜEDAD BRINDANDO UN AUXILIO POR \$200.000 CON LÍMITE DE SEIS (6) CUOTAS. LA COBERTURA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE DE MANERA ANTICIPADA A LA TERMINACIÓN NATURAL DE ESTE.

9. PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO.

UNA VEZ CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA AFECTACIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADO TENDRÁ TREINTA (30) DÍAS PARA AVISAR A GRANFONDO, QUIEN NOTIFICARÁ A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

11. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS.

LOS SINIESTROS SE PAGARÁN CON BASE EN EL VALOR DE LA CUOTA PACTADA EN EL CRÉDITO, EN LA FECHA DE DESPIDO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (SEGÚN SEA EL CASO) Y QUE SEA REPORTADO OBJETO PAGO DE PRIMAS POR PARTE DE GRANFONDO; EL PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS SERÁ DE TREINTA (30) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS REQUERIDOS PARA EL PAGO.

CALCULO DE LA PRIMA
EL VALOR DE LA PRIMA SERÁ CALCULADO DE ACUERDO A LA TASA PACTADA (INCLUYE EL IVA) SOBRE EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL.

10. ATENCIÓN DE SINIESTROS.

LAS RECLAMACIONES DEBEN TRAMITARSE DIRECTAMENTE CON GRANFONDO, QUIEN SE ENCARGARÁ DE RECIBIR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE Y ENVIARLOS A LA ASEGURADORA.

EL ASEGURADO DEBERÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO AMPARADO, MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. LA COMPAÑÍA SE RESERVA LA FACULTAD DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LAS PRUEBAS QUE PARA TAL EFECTO SE APORTEN.

LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE PAGARÁ A GRANFONDO, HASTA POR EL MONTO DE LA CUOTA MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN.

NOTA: EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DEL AMPARO DE DESEMPLEO SE INTERRUMPIRÁ AUTOMÁTICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NUEVAMENTE SE VINCULE A LA FUERZA LABORAL,

AUTORIZACIÓN DE COBRO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO DEL SEGURO A GRANFONDO

Autorizo a _____ para que haga el cobro del valor de la prima de este seguro, durante la vigencia del mismo y durante las renovaciones a que haya lugar. De igual manera autorizo para que el valor del seguro de desempleo sea consignado por Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa directamente a GRANFONDO, quien procederá a aplicar el pago de la obligación que tenga vigente con el Fondo de Empleados a la fecha de desembolso del seguro. Si No

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) 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.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA. 3) Reportar a las Centrales de Información o Bases de Datos debidamente constituidas mi comportamiento crediticio, financiero y comercial.
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

DECLARACIÓN – FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- 1. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano.
2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.
3. como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes _____ del año _____ en la ciudad de _____.

FIRMA ASEGURADO CC.

HUELLA INDICE DERECHO

EL PRESENTE FORMATO ESTABLECE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO DE DESEMPLEO GRANFONDO; SI USTED COMO ASEGURADO DESEA CONSULTAR LAS CONDICIONES GENERALES DE SU PÓLIZA, PUEDE INGRESAR A NUESTRA PÁGINA WWW.SOLIDARIA.COM.CO, Y DESCARGAR EL CLAUSULADO DE SEGURO DE DESEMPLEO (21092016-DS-C.02-SP.003 V. 2) EN EL PORTAFOLIO DE PRODUCTOS; LÍNEA SOLIDARIA: Gratis desde cualquier ciudad al país 01-8000-512021, en Bogotá 291 6868, Gratis desde cualquier celular #789

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO INDIVIDUAL SEGURO DE DESEMPLEO - GRANFONDO - FM- SUSG-52 V.1 12/09/2017



Ciudad _____, _____

Señores

FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO – FEG

Ciudad

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO - FEG o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis (nuestras) obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a ésta, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi (nuestro) cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

De igual manera, autorizo expresa, permanente irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG, realizar el cobro por concepto de contribución a la protección de cartera por valor del tres por ciento (3%) del valor efectivamente girado del crédito que me ha sido aprobado.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los ____ días del mes de _____ de _____.

Deudor Principal

Firma y Huella _____

Cédula de Ciudadanía No. _____ de _____

Nombre y Apellido _____



MAPFRE

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
NIT. 830.054.904-6

SOLICITUD PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO



TOMADOR FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG		NIT 8000979138 PERSONERIA JURIDICA 1408/90	
DIRECCIÓN CALLE 59 A BIS NUMERO 5-53 OFICINA 303		CIUDAD BOGOTA D,C	TELÉFONO 3218299

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL							
NOMBRES				APELLIDOS		C.C.	
FECHA DE NACIMIENTO		GENERO	ESTATURA	PESO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		EMAIL
TELÉFONO/CELULAR	PROFESIÓN			OCUPACIÓN ACTUAL			

DATOS DEL CÓNYUGUE							
NOMBRES				APELLIDOS		C.C.	
FECHA DE NACIMIENTO		GENERO	ESTATURA	PESO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		EMAIL
TELÉFONO/CELULAR	PROFESIÓN			OCUPACIÓN ACTUAL			

AMPAROS	SUMAS ASEGURADAS						
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6	
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 40.000.000	\$ 60.000.000	\$ 80.000.000	\$ 150.000.000	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 40.000.000	\$ 60.000.000	\$ 80.000.000	\$ 150.000.000	
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 40.000.000	\$ 60.000.000	\$ 80.000.000	\$ 150.000.000	
ENFERMEDADES GRAVES	\$ 5.000.000	\$ 10.000.000	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 40.000.000	\$ 75.000.000	
RENTA MES PARA GASTOS DEL HOGAR, durante 12 meses por fallecimiento por cualquier causa	\$ 350.000	\$ 350.000	\$ 400.000	\$ 400.000	\$ 500.000	\$ 500.000	
AUXILIO DE MATERNIDAD (un solo evento)*	\$ 250.000	\$ 250.000	\$ 500.000	\$ 500.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000	
RENTA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA, deducibles 1 día para menores de 60 años y 2 días para mayores de 60 años, 60 días de cobertura por evento, máximo 3 eventos al año.	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 100.000	\$ 120.000	\$ 120.000	
EXEQUIAS	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000	
MARQUE CON UNA (X) EL PLAN ELEGIDO	PRIMA MES ASOCIADO	\$ 3.000 ●	\$ 6.000 ●	\$ 12.000 ●	\$ 18.000 ●	\$ 24.000 ●	\$ 45.000 ●
	PRIMA MES CÓNYUGUE	\$ 3.000 ●	\$ 6.000 ●	\$ 12.000 ●	\$ 18.000 ●	\$ 24.000 ●	\$ 45.000 ●

* AUXILIO DE MATERNIDAD: La Compañía pagará al asegurado Mujer y/o Hombre, un valor único, por un solo evento en caso de Maternidad, previamente certificada por la entidad correspondiente. Para los Asegurados que tienen deuda con el fondo, el plan seleccionado debe ser como mínimo aquel que cubra el total del saldo que adeude al FEG.
 NOTA: Yo como Asegurado Principal designo como primer beneficiario al Fondo de Empleados Granfondo o a quien represente sus derechos hasta por el saldo de insoluto de las deudas vigentes al momento de la reclamación.
 En caso de no exigir obligación con el FEG y/o saldos de la deuda, la indemnización será pagada a los beneficiarios libremente designados por el Asegurado.

VIGENCIA: Desde las 24 horas del Hasta las 24 horas del

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL	No. DOCUMENTO	%	PARENTESCO
1.			
2.			
3.			
4.			
BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL CONYUGUE	No. DOCUMENTO	%	PARENTESCO
1.			
2.			
3.			

-IMPORTANTE- NO FIRME ESTA SOLICITUD/POLIZA SI HABER COMPRENDIDO LAS CONDICIONES EXPRESADAS A CONTINUACION

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de las póliza a que accede esta solicitud, y declaro que me encuentro en buen estado de salud y que por lo tanto mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida, ni padezco ni he sido diagnosticado ninguno de los siguientes padecimientos.

Cardiovascular	SI NO <input type="checkbox"/>	Sobrepeso	SI NO <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	SI NO <input type="checkbox"/>	Cerebro - Vascular	SI NO <input type="checkbox"/>	Pulmonar	SI NO <input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

y en general cualquier tipo de enfermedad preexistente a la fecha de la firma de la solicitud. Autorizo a los hospitales y/o médicos que me han atendido a suministrar los datos que posean sobre mi estado de salud aun después de mi muerte. La Aseguradora MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que, antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponda a la verdad.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exima a la Compañía de Seguros de toda responsabilidad.

Si incluyo en la póliza a mi cónyuge, hijos y mis progenitores, declaro que las anteriores aseveraciones les son aplicables en su totalidad.

Autorizo al Tomador para cargar a mi nómina mensual el valor que corresponda al pago de la prima de seguro de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud. El descuento autorizado se podrá realizar durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento para el pago de la prima siempre y cuando esté vinculado con el Tomador. Esta autorización registrará durante el período de la vigencia del presente contrato para la prestación del servicio y el de sus renovaciones.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA SERA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR DAR A CONOCER A LOS ASEGURADOS LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA. LA ASEGURADORA CUMPLE CON LA OBLIGACIÓN DEL ARTICULO 1046 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CON LA ENTREGA AL TOMADOR DE LAS CONDICIONES. SERA RESPONSABILIDAD DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS EL INFORMARSE ACERCA DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO Y MANIFESTAR EN EL TIEMPO Y POR LOS MEDIOS DEBIDOS LAS DUDAS QUE TENGAN AL RESPECTO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CIUDAD _____ FECHA DE EXPEDICIÓN

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

C.C.

FIRMA ASEGURADO

Huella Índice Derecho del Asegurado

C.C.

FIRMA CÓNYUGUE

Huella Índice Derecho del Cónyuge

*Cobertura con IVA

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años y 364 días	Ilimitada
Incapacidad Total y permanente	18 años	65 años y 364 días	66 años y 364 días
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	60 años y 364 días	65 años y 364 días
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días
Rentas Diarias	18 años	60 años y 364 días	65 años y 364 días
Auxilio Excepcional	18 años	70 años y 364 días	Ilimitada
Renta mensual por Fallecimiento	18 años	70 años y 364 días	Ilimitada

5.1. ERRORES E INEXACTITUDES

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

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el seleccionado por el asegurado y aceptado por La Compañía.

7. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La compañía otorga continuidad de cobertura, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieron contratadas con la anterior aseguradora.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia, amparos y definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en el presente condicionado particular. Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud pero con las siguientes salvedades:

- Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
- Que las condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del asegurado con el tomador.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de valor asegurado o inclusión de coberturas requerirá el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de la Compañía las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

7.1. GARANTÍA DEL TOMADOR

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extraprimados por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas en el cobro de la nueva póliza.

Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador informe a la Compañía por escrito, si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades graves o de carácter terminal.

8. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO:

El monto total indemnizable por parte de la Compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador

contratadas con la Compañía.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD \$1.000.000.000,00

9. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

10. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

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

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

- Para Fallecimiento del Asegurado:
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
 - Registro civil de defunción del asegurado original o copia autenticada en notaría.
 - Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
 - En caso de no existir designación de beneficiarios, declaración extra-juicio del reclamante manifestando el desconocimiento de la existencia de un beneficiario con mejor o igual derecho.
 - Copia de historia clínica completa.
 - Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte.
 - Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.
 - Certificación bancaria del(os) beneficiario(s).

Para Incapacidad Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Copia de historia clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad.
- Dictamen de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al 50%.
- Prueba de alcoholemia en caso de accidente de tránsito.
- Para proceder al pago de la indemnización en caso de Rentas Clínicas, la Compañía solicitará la siguiente información:

Para Rentas Clínicas del Asegurado:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Copia de historia clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad, que incluya pruebas clínicas, radiológicas, histológicas de patología y de laboratorio que permitan evidenciar el origen, evolución, diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
- LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales en caso de ser necesarios para el estudio de la reclamación.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

12. PERDIDA 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.

13. DEDUCCIONES

- Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad. Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente, siempre y cuando la Incapacidad se produzca como consecuencia de alguna de las enfermedades graves definidas en el respectivo amparo.
- Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Vida.
- Si a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago por desmembración, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por Incapacidad Total y Permanente.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el amparo de incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice el 100% del amparo adicional.
- Por revocación de la Compañía.

15. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

16. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de treinta (30) días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

En caso de solicitar cambios o información de su póliza comuníquese a la Línea
018000974545

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



Nacional: **018000 519 991**
Bogotá: **307 7024** Celular: **#624**


MAPFRE
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.


FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

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