

NIT 800.097.913-8

Como un servicio adicional, el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO le ofrece la expedición de su Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – **SOAT**.

Además tiene para usted una línea de crédito en caso de financiación, la cual le otorga la facilidad de diferirlo máximo a 12 meses con un interés del 1% M.V.

Por otra parte y de acuerdo a la resolución 4170 de 2016 del Ministerio de Transporte, usted recibirá su seguro (SOAT) de forma digital al correo electrónico de su elección. Asimismo, podrá descargarlo a través del link <http://productos.segurosmondial.com.co>. El cual, siempre estará a su disposición en el momento que lo requiera.

Como beneficio especial y particular para nuestros asociados, Granfondo le brinda la opción de contratar un amparo de Accidentes Personales por \$12.000 pesos adicionales, el cual tendrá la misma vigencia que el SOAT y las siguientes características:

Autorizo el amparo adicional ☐ No ☐ Si	CUBRIMIENTO		AMPARO
	VEHICULOS	MOTOS	MUERTE ACCIDENTAL
	Ruptura Vidrios Laterales	Ruptura farolas	\$ 5.000.000
	Ruptura Película de seguridad	Ruptura Stops	

Para la expedición por favor diligencie este formato y remítalo al e-mail servicios2@feg.com.co adjuntando los siguientes documentos: Copia de la tarjeta de propiedad, Libranza y ultimo desprendible de Nomina.

Fecha de solicitud _____ El SOAT actual vence el _____

Nombre del Asociado _____ C.C. _____

Nombre del Tomador _____ C.C. _____

Teléfono _____ N Celular _____ Dirección _____

Ciudad _____ Marca del vehículo _____ Modelo _____ Placa _____

Cilindraje _____ N Motor _____ N Chasis _____

Correo electrónico para el envío del seguro _____

Dirección Oficina _____ Ciudad _____

Autorizo al pagador de _____, descontar de mi salario la suma de \$ _____, y girarlo al Fondo de Empleados Granfondo para cubrir este servicio.

AUTORIZACIÓN

PROSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A en adelante PROSEGUROS dará un tratamiento confidencial a los datos personales. En consecuencia su cliente _____, mayor de edad y vecino de _____, en cumplimiento de lo establecido en la ley 1581 de 2012 y todas aquellas normas que la reglamentan, adicione o modifique, autoriza para que los datos personales requeridos para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se traten de acuerdo con la ley antes señalada y la ley 1266 de 2008, para los fines comerciales pertinentes.

Para constancia firmo, _____

C.C. _____

SOLICITUD DE SERVICIOS Y BOLETERIA.

SOLICITUD DE PRESTAMO No _____.

DATOS BASICOS DEL ASOCIADO		
Fecha de solicitud _____		Empresa: _____
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
No Documento De Identidad	Dependencia	No De Celular
/ / Fecha De Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐
Dirección Residencia.	Tel. Residencia.	Ciudad.
Dirección Oficina	Tel. Oficina y Ext.	E-Mail.
SERVICIOS Y/O BOLETERIA SOLICITADA		
Tipo de préstamo: SOAT ☐ BOLETERIA ☐ POLIZA ☐ OTRO ☐	Garantías Ofrecidas APORTES ☐ P.CARTERA ☐ PAGARE ☐ OTRO ☐ ESPECIFIQUE: _____	\$ _____ Monto Solicitado \$ _____ Plazo (Meses)
Observaciones: _____ <i>NOTA: ESTIMADO ASOCIADO(A) RECUERDE QUE LA BOLETERIA NO TIENE CAMBIO. FAVOR UTILIZAR ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO.</i>		
AUTORIZACION DE DESCUENTOS		
Yo _____ identificado con documento de identidad No _____ de _____ autorizo de manera permanente e irrevocable al pagador de _____ para que retenga de mi nómina mensual los valores correspondientes a _____ cuotas mensuales por valor de \$ _____ correspondiente al capital, y/o capital más intereses para ser entregados al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO- FEG-; quien a su vez queda autorizado para que el(los) valor(es) adeudado(s), sea(n) desembolsado(s) a favor del proveedor de mercancías, servicios prestados y/o boletería por convenio.		
Así mismo constituyo prenda sobre mis aportes, ahorros, ahorros voluntarios y/o sumas que me correspondan como asociado del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-.. En caso de mi retiro voluntario autorizo de manera permanente e irrevocable para la cancelación de los saldos que adeudo por el presente concepto, más los intereses de mora que se hayan podido causar por pago vencido, con el valor de las cesantías, prestaciones sociales, pagos de nómina mensual, bonificaciones, indemnizaciones, incapacidades, liquidaciones y otras compensaciones a que tenga derecho, así como cualquier otra suma a que tenga derecho y le sean entregados al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-. En caso de mi retiro de la empresa, esta autorización se extiende para que el evento de la terminación del contrato de trabajo sin importar la causa, y hasta la concurrencia del saldo insoluto del Crédito en referencia, se deduzca, retenga y entregue al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG- cualquier suma de dinero que me pudiera corresponder como producto de la liquidación final, prestaciones sociales, pagos de nómina mensual, bonificaciones, indemnizaciones, incapacidades, cesantías y otras compensaciones a que tenga derecho. Adicionalmente, autorizo al pagador de la compañía donde llegase a laborar o del cual llegase a recibir pago de nómina mensual, bonificaciones, indemnizaciones, incapacidades, liquidaciones y otras compensaciones autorizo de manera permanente e irrevocable para la cancelación de los saldos que adeudo por el presente concepto, más los intereses de mora que se hayan podido causar por pago vencido para ser entregados al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-. Adicionalmente, autorizo para que en caso de ser requerido por el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-. Se otorgue copia simple de mi liquidación de prestaciones en el momento de mi retiro. Declaro que conozco los reglamentos de los créditos otorgados y su aceptación, tengo copia de los mismos y conozco que puedo encontrarlos en la página web del fondo; además me acojo a ellos incluso asumiendo que la empresa es solo un canal de pago y que la administración de los productos se realizará directamente por los canales establecidos por el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de riesgos que maneje o administre la base de datos, toda la información referente a mi comportamiento comercial y/o en el evento que pasados 20 días de vencido el pago de la obligación, FEG no haya certificado el pago de mi obligación. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos que la información que adjunto es veraz y verificable, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural y/o jurídica, privada y/o pública, sin limitación alguna; desde ahora y mientras subsista alguna relación con el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO-FEG-. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:		
Firma Asociado. _____	No Documento. _____	De _____
PARA USO EXCLUSIVO GRANFONDO-FEG-		
Asesor Comercial	Ingreso a Linux.	



**SOLICITUD DE SERVICIO
POLIZA DE VEHICULO TODO RIESGO
FEG**

No. _____

INFORMACION GENERAL DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCION DOMICILIO _____ CIUDAD _____ TELEFONO _____
TELEFONO MOVIL _____ CORREO E-mail _____
DIRECCION OFICINA _____ CIUDAD _____ TELEFONO _____

Autorizo al pagador de la empresa _____ a descontar de mi salario los valores correspondientes a este servicio, de igual forma autorizo al FEG a consultar o reportar a las centrales de riesgo mi comportamiento de pago conforme a lo reglamentado por ley.

FIRMA _____
C.C.No. _____ DE _____

INFORMACION DE LA POLIZA

ASEGURADORA _____ INTERMEDIARIO _____
ASEGURADO O TERCERO _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCION DOMICILIO _____ CIUDAD _____ TELEFONO _____

INFORMACION DEL VEHICULO

MARCA _____ MODELO _____ CLASE _____ COLOR _____
PLACA _____ No.MOTOR _____ No.CHASIS _____
ENDOSO SI _____ NO _____ A FAVOR DE _____

AUTORIZACION DEL FEG

SI ☐
NO ☐

NOMBRE FUNCIONARIO FEG _____ FIRMA _____ FECHA _____

NOTA: LA SOLICITUD DE ESTE SERVICIO NO IMPLICA ACEPTACION, ESTA SE DEBERA AUTORIZAR EXCLUSIVAMENTE POR LOS FUNCIONARIOS DEL FEG.

ANEXO A ESTE DOCUMENTO SE DEBE ENVIAR FOTOCOPIA LEGIBLE DE LA TARJETA DE PROPIEDAD DEL VEHICULO.



FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO NIT 800.097.913-8 - Personería Jurídica 1408/90



Formato de Pagaré

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 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 ACCELERATORIA: EL FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO 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 GRAN FONDO. 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 está 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 _____ ().

OTORGANTES:

DEUDOR

C.C.
Dirección
Teléfono y Celular

DEUDOR

C.C.
Dirección
Teléfono y Celular

Carta de Instrucciones para diligenciar Pagaré en blanco

Yo (nosotros) _____ Mayor 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 FONDO exigir de inmediato, la cancelación de todas las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor (es) aun 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 FONDO 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 FONDO, 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 facultado 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 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 en _____; el día _____ () del mes de _____ del año _____ ().

OTORGANTES:

DEUDOR

C.C.
Dirección
Teléfono y Celular

DEUDOR

C.C.
Dirección
Teléfono y Celular

Autorizaciones especiales - Autorización de descuento

Ciudad _____ Fecha: _____

Señores

Pagadores

Respetado (s) Señor (s):

En mi condición de empleado de esa institución y de conformidad con lo previsto en el artículo 59 del C.S.T. y demás normas concordantes, comedidamente me dirijo a Usted, con el fin de autorizar se me realice el correspondiente descuento de mi salario por concepto de () en () cuotas, por valor de (\$), cada una de ellas. El primer descuento se efectuará el día (), del mes () del año (), el segundo el día (), del mes () del año (), y así sucesivamente en esos mismos días de cada mes con destino al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, con una vigencia del _____ a _____; con renovación automática. En el evento que me desvincule de la entidad para la cual laboro _____ los autorizo para descontar de mi liquidación final el saldo insoluto del crédito, identificado con el número (). Para efectos de consolidar una política de conocimiento al cliente y velar por el efectivo cumplimiento de las garantías constitucionales establecidas, En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO S.A., o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios a la Central de Información -CIFIN- y DATACREDITO, o a quien represente sus derechos. La presente autorización faculta a FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO S.A. para que mis (nuestros) datos personales y en general la información obtenida en virtud de la relación comercial establecida, pueda ser objeto de tratamiento sistematizado y compartido por parte del FEG con las entidades que para efectos de que la misma sirva de soporte para la estructuración de una estrategia comercial de carácter corporativo, que entre otras actividades permita la remisión de información y de ofertas. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. Si por cualquier motivo no opera el descuento por nómina y/o no es realizado el traslado de los recursos correspondiente al pago de las cuotas a EL ACREEDOR en las fechas establecidas, este último queda expresamente facultado para tomar las medidas necesarias para normalizar las obligación por concepto de capital e intereses y demás conceptos, adoptando para tal efecto medidas como la modificación del plazo inicialmente pactado, la capitalización de intereses, o el débito automático a las cuentas que aparezcan a nombre de EL DEUDOR entre otras.

Atentamente,

Deudor.

C.C.

Declaración de Origen de Fondos

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio) _____.
- 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.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

Libranza

Respetado(s) pagador(es) de _____ en mi calidad de Empleado de esta institución y de conformidad con lo previsto en el artículo 59 del C.S.T. y demás concordante, comedidamente me dirijo a usted, con el fin de autorizar el descuento de mi salario, cesantías, 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 se me desvincule de _____ lo autorizo para descontar de mi liquidación final el saldo insoluto de la deuda conforme a lo dispuesto en el pagaré _____.

OTORGANTES:

DEUDOR

C.C.
Dirección
Teléfono y Celular

DEUDOR

C.C.
Dirección
Teléfono y Celular

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							
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. El pago de las primas es condición indispensable para otorgar la cobertura para cada periodo facturado. 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. 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.							
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD							
Se encuentra en buen estado de Salud?	SI ☐	NO ☐	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 ☐	NO ☐	
Ha sufrido o padece alguna enfermedad?	SI ☐	NO ☐	En caso afirmativo, cuál?				
En caso afirmativo, ¿Cuál?			Tiene alguna cirugía pendiente?		SI ☐	NO ☐	
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 ☐	NO ☐	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 ☐	NO ☐	
En caso afirmativo, cuál?			En caso afirmativo, mencione que deporte y con que frecuencia lo practica:				
Desde cuando?			Solo para mujeres, se encuentra en estado de embarazo		SI ☐	NO ☐	
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							
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. 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, 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 Coseguro 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.							
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.							
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.							
FIRMA DEL SOLICITANTE		FIRMA DEL ASOCIADO					
C.C. No.	DD	MM	AAAA	HUELLA	C.C. No.	HUELLA	
FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.							

LÍNEAS DE ATENCIÓN SEGUROS MUNDIAL BOGOTÁ: 3274712 / 3274713 - LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935

ASEGURADO

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
• Mínima 18 años • 69 Años un día antes de Cumplir los 70 Años • Ilimitada	• 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>



Entiéndanse las palabras "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

SOLICITUD PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO
Y ACCIDENTES PERSONALES FAMILIAR VOLUNTARIA



TOMADOR				Fondo de Empleados Granfondo - FEG				NIT				800.097.913-8													
DIRECCIÓN				CL 59 A bis # 5 - 53 Of. 303				CIUDAD				Bogotá D.C.				TELÉFONO				3218299					
DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL																									
NOMBRES								APELLIDOS								C.C.									
FECHA DE NACIMIENTO				DDMMAAAA				SEXO		M		F		ESTATURA		Cm.		PESO		Kg.		DIRECCIÓN RESIDENCIA			
TELÉFONO				PROFESIÓN								OCUPACIÓN ACTUAL													
DATOS DEL CÓNYUGE																									
NOMBRES								APELLIDOS								C.C.									
FECHA DE NACIMIENTO				DDMMAAAA				SEXO		M		F		ESTATURA		Cm.		PESO		Kg.		DIRECCIÓN RESIDENCIA			
TELÉFONO				PROFESIÓN								OCUPACIÓN ACTUAL													

VIGENCIA: Desde las 24 horas del		0	1	M	M	A	A	A	A	Hasta las 24 horas del		0	1	M	M	A	A	A	A	VALORES ASEGURADOS			
AMPARO												PLAN 1		PLAN 2		PLAN 3		PLAN 4					
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA												\$ 10.000.000		\$ 30.000.000		\$ 50.000.000							
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE												\$ 10.000.000		\$ 30.000.000		\$ 50.000.000							
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL (*)												\$ 10.000.000		\$ 30.000.000		\$ 50.000.000		\$ 30.000.000					
ENFERMEDADES GRAVES (Anticipo del Amparo básico)												\$ 5.000.000		\$ 15.000.000		\$ 25.000.000							
EXEQUIAS												\$ 1.500.000		\$ 2.000.000		\$ 3.000.000		\$ 3.000.000					
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA												\$ 50.000		\$ 100.000		\$ 150.000							
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS												\$ 100.000		\$ 200.000		\$ 300.000							
INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE																		\$ 30.000.000					
PRIMA MENSUAL ASEGURADO PRINCIPAL												\$ 3.600 ☐		\$ 6.140 ☐		\$ 14.700 ☐		\$ 4.000 ☐					
MARQUE CON UNA (X) EL PLAN Y PRIMA ELEGIDA (*) Excluye homicidio o su tentativa.		PRIMA MENSUAL CONYUGE										\$ 3.600 ☐		\$ 6.140 ☐		\$ 14.700 ☐		\$ 4.000 ☐					
		PRIMA MENSUAL POR HERMANO										\$ 3.600 ☐		\$ 6.140 ☐		\$ 14.700 ☐		\$ 4.000 ☐					
		PRIMA MENSUAL POR HIJO										\$ 3.240 ☐		\$ 5.550 ☐		\$ 13.250 ☐		\$ 3.600 ☐					
		PRIMA MENSUAL POR PROGENITOR										\$ 8.790 ☐		\$ 14.750 ☐		\$ 35.750 ☐		\$ 9.600 ☐					

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR									
ASEGURADO	ESTATURA	PESO	NOMBRES Y APELLIDOS	CLASE DE DOC.(**)	DOC. IDENTIF.	OCUPACIÓN ACTUAL	FECHA NACIMIENTO	PRIMA TOTAL	
PADRE							DDMMAAAA		
MADRE							DDMMAAAA		
HIJOS							DDMMAAAA		
							DDMMAAAA		
							DDMMAAAA		
HERMANOS							DDMMAAAA		
							DDMMAAAA		
							DDMMAAAA		
							DDMMAAAA		

(**) RC: Registro Civil - CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería

PRIMA MENSUAL TOTAL \$

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL		%	PARENTESCO
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

LOS BENEFICIARIOS DE LOS ASEGURADOS QUE NO TENGAN DESIGNACIÓN, SERÁN LOS DE LEY SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.		
BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL CONYUGE	%	PARENTESCO
1.-		
2.-		
3.-		

LOS BENEFICIARIOS DE LOS ASEGURADOS QUE NO TENGAN DESIGNACIÓN, SERÁN LOS DE LEY SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de la 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 se me ha diagnosticado ninguno de los siguientes padecimientos:

Cardiovascular	☐ SI ☒ NO	Sobrepeso	☐ SI ☒ NO	Insuficiencia renal crónica	☐ SI ☒ NO	Cerebro-Vascular	☐ SI ☒ NO	Pulmonar	☐ SI ☒ NO
Hipertensión	☐ SI ☒ NO	Diabetes	☐ SI ☒ NO	Cáncer	☐ SI ☒ NO	SIDA	☐ SI ☒ NO	Otros	_____

y en general cualquier tipo de enfermedad preexistente a la fecha de firma de esta 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 de que, antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde 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, exime 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 y siempre y cuando esté vinculado con el Tomador. Esta autorización regirá durante el período de la vigencia del presente contrato para la prestación del servicio y el de sus renovaciones.

CUANDO LA POLIZA SEA COLECTIVA SERA OBLIGACION DEL TOMADOR DAR A CONOCER A LOS ASEGURADOS LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE POLIZA. LA ASEGURADORA CUMPLE CON LA OBLIGACION DEL ARTICULO 1046 DEL CODIGO 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.

FECHA DE EXPEDICION

CIUDAD

DDMMAAAA

*Cobertura con IVA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. - NIT. 830.054.904-6 - Régimen Común
- Somos grandes contribuyentes. Según resolución 10520 del 18 de Dic de 2003,
Somos retenedores de IVA. Este documento equivale a una factura de conformidad
con Art. 5/Decreto 1165 de 1996.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

Huella Índice Derecho
del Asegurado

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Ofc Radicación

Póliza No.

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Fecha Diligenciamiento AAAAMMDD

Número Solicitud

☐ Plan Vida Integral

☐ Plan Clásico Contributivo

☐ Plan Clásico No Contributivo

☐ Plan Vida Deudores

☐ Plan Vida Familiar

☐ Accidentes Personales

☐ Plan Vida Docentes

☐ Póliza Nueva

☐ Ingreso

☐ Modificación

☐ Renovación

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razon Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT ☐ IFE	800.097.913-8	Fondo de Empleados Granfondo - FEG	☐ Pública Nueva ☐ Privada

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO)

¿El Afiliado está en calidad de Asegurado? ☐ SI ☐ NO

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)		Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.				☐ F ☐ M	
Peso (Kg)	Estatura (en Cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
Dirección Correspondencia				Correo Electrónico	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El amparo Básico y los amparos Adicionales en Vida Grupo aplicarán de igual manera para el Asegurado Principal y su Grupo Asegurado)

Valor Solicitado Vida Grupo \$

Amparos Vida Grupo Coberturas ☐ Incapacidad Total y Permanente ☐ Indemnización Adicional por Muerte Accidental Lesiones con armas ☐ Si ☐ No ☐ Enfermedades Graves % ☐ Bono para Gastos Funerarios (valor anual) ☐ Bono Canasta (valor anual) ☐ Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida)	Amparos Adicionales Coberturas Accidentes Personales ☐ Muerte Accidental lesiones con armas ☐ Invalidez Accidental ☐ SI ☐ NO ☐ Renta Diaria por Hospitalización Valor Asegurado \$ EPS Renta por UCI (mensual) ☐ SI ☐ NO	Accidentes Personales Colectiva Coberturas ☐ Muerte Accidental ☐ Invalidez Accidental ☐ Invalidez por Enfermedad ☐ Gastos de Curación ☐ Renta Diaria Lesiones con armas ☐ Si ☐ No % Crecimiento Clasificación Ocupacional ☐ A ☐ B ☐ C
---	--	--

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

VALOR PRIMA \$

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (Cms)

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO) (otros Asegurados deben diligenciar Formato Específico F-02-83-125)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombre y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	%	Parentesco
		Valores Asegurados	Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO	Σ 100 %

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (preguntas de la declaración de asegurabilidad - usted o alguno de su grupo asegurado)

1- ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos[que requiera tratamiento] derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o HIV positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroidea, diabetes, pancreatitis, colitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, sufre(n) de alguna otra enfermedad(es) o consume(n) drogas estimulantes, ha(n) estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse labores propias de su ocupación? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál?

2- ¿Alguno de los solicitantes es piloto de aeronaves o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como torero, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultraliviano, planeadores y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo u otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? ☐ SI ☐ NO

3- ¿Alguno de sus hermanos(as), padre o madre sufre o ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades del corazón, hipertensión, enfermedad cerebro vascular, cáncer, enfermedades renales, hiperlipidemias, diabetes o cualquier enfermedad hereditaria? ☐ SI ☐ NO

En caso que usted o alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro (hermanos(as), padre o madre) deban contestar positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1, 2 y 3 debe diligenciar la siguiente información.

Nombre del Médico Tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta AAAA MM DD	Fecha Última Consulta AAAA MM DD	Parentesco

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que hay sido consultada por mi(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANAS A., copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria aún después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me (nos encuentre(encontremos) afiliado(dos) y para que con fines comerciales comparta y reciba información referente a mi(nosotros) con entidades vinculadas. Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

- A. Ninguna de las personas cuyos seguros se solicita está incapacitada o ausente del trabajo por enfermedad o accidente.
- B. La Póliza solamente podrá amparar a personas que pertenezcan al grupo que se ha definido en esta solicitud.
- C. Esta solicitud, lo mismo que los documentos individuales que SURAMERICANA requiera y acepte formarán parte del contrato.
- D. Beneficiarios: Los que designe el Asegurado o en su defecto los previstos en el artículo 1142 del Código del Comercio.
- E. El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación de esta solicitud y de los documentos requeridos, SURAMERICANA expida la póliza respectiva y el Tomador pague la prima.

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro	
Firma del Afiliado o Tomador Número de Identificación _____	Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador