MAPFRE

Ban100

PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO PARA LÍNEA DE CRÉDITO DE LIBRANZA

Esta solicitud de seguro hace parte de las pólizas No. 5024425900108

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD

Peso: Kg | Estatura: MTRS | Diestro ☐ Ambidiestro ☐ Zurdo ☐ | Deportes que practica:

Ocupación detallada: | Valor asegurado: $

1. Marque Si o No si ha padecido o padece en este momento de las siguientes enfermedades:

ENFERMEDADES

Enfermedades Cardiológicas	Sí ☐	No ☐	Enfermedad Psiquiátrica	Sí ☐	No ☐	Enfermedad Renal	Sí ☐	No ☐	Alzheimer	Sí ☐	No ☐
Cáncer	Sí ☐	No ☐	Diabetes	Sí ☐	No ☐	Tuberculosis	Sí ☐	No ☐	Hepatitis	Sí ☐	No ☐
Insuficiencia renal	Sí ☐	No ☐	Esclerosis Múltiple	Sí ☐	No ☐	Enfermedad Inmunológica	Sí ☐	No ☐	Cirrosis	Sí ☐	No ☐
Accidente cerebrovascular	Sí ☐	No ☐	Lupus	Sí ☐	No ☐	Sida	Sí ☐	No ☐	Infarto de Miocardio	Sí ☐	No ☐
Enfermedad Cerebral	Sí ☐	No ☐	Parálisis	Sí ☐	No ☐	Hipertensión Arterial	Sí ☐	No ☐	Alcoholismo o drogadicción	Sí ☐	No ☐

2. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las numeradas anteriormente? ¿Cuál? _____ Sí ☐ No ☐
3. ¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe sí será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? Sí ☐ No ☐
4. ¿Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? Sí ☐ No ☐
5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? Sí ☐ No ☐
6. ¿Le ha sido declarado legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? Sí ☐ No ☐
7. ¿Le ha sido declarado legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50% o más? Sí ☐ No ☐
8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? Sí ☐ No ☐

PRIMAS Y VALORES ASEGURADOS

LIBRANZA

Valor Asegurado: Saldo insoluto de la deuda hasta máximo 280 SMMLV

		COBERTURAS		Valor de la prima mensual* millón del saldo de la deuda
		MUERTE	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
Edad límite de ingreso	Plan 1	18 años - 75 años + 364 días	18 años - 75 años + 364 días	$ 1.032
	Plan 2	76 años - 78 años + 364 días		$ 5.272
	Plan 3	79 años - 81 años + 364 días		$ 8.071
	Plan 4	82 años - 86 años + 364 días		$ 13.421

IMPORTANTE:
* El valor de la prima mensual será cobrado a través del extracto del producto financiero con la entidad tomadora.
* El valor total de la prima puede variar teniendo en cuenta la extra prima informada al momento de adquirir su producto financiero en relación con el reporte de declaración de salud.

DECLARACIONES

a. Declaro que soy mayor de 18 años.
b. Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre **MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A. y BANCIEN S.A.** conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
c. Manifiesto expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en la ruta **https://www.mapfre.com.co/empresas/convenios-masivos/**
d. Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, generará la nulidad relativa del seguro.
e. Con la suscripción de este seguro declaro que no he sido diagnosticado de ninguna enfermedad y soy consciente que el seguro no cubre la muerte o la invalidez relacionados a enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la compra de la presente póliza.
f. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves.
g. Declaro que soy residente permanente en Colombia.
h. Acepto que en caso que el saldo insoluto de la deuda sea inferior al valor asegurado el excedente sea entregado a mis beneficiarios de ley, según lo definido en el artículo 1142 del código de comercio Colombiano.

AUTORIZACIONES

a. Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A., para hacer tratamiento de mis datos para fines legales, precontractuales, contractuales y post contractuales, y, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro; tales como siniestro, PQR. Así mismo, autorizo el procesamiento de mis datos a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, transmitir y/o transferir mis datos a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, con el tomador de la póliza, terceros tales como: proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante o accionistas. Sé que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables. Declaró que la información de terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.

Sé que para mayor información, puedo consultar la página Web www.mapfre.com.co

b. Autorizo a MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A. y BANCIEN S.A. para que a través de WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, tales como correo electrónico y mensajes de texto me suministren información referente a mi seguro y me contacten para cualquier proceso posventa incluidos la atención de siniestros, PQR y otros procesos relacionados con la gestión del presente seguro.
c. Autorizo a BANCIEN S.A. para que efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
d. Autorizo expresamente a MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A. o a cualquiera que ésta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica ,médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.
e. Autorizo a BANCIEN S.A. para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
f. Autorizo a que mi información relacionada con el SARLAFT y que repose en el formulario y documentos suministrados a BANCIEN S.A. pueda ser compartida por dicha entidad con MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A. para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Señor(a) asegurado(a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

Principal: Dr. Manuel Guillermo Rueda
Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221 Bogotá D.C.
Teléfono: Bogotá D.C. (601) 4587174
Celular: 3123426229
Correo: defensoriamapfre@gmail.com

Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna
Dirección: Transversal 17 A Bis # 36-60 Bogotá
Teléfono: Bogotá D.C. (601) 4587174
Celular: 3102234304
Correo: martiluabog@cable.net.co

Horario de atención:
Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm
Jornada continua.

CONDICIONES DEL SEGURO DEUDORES

La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:
Oficinas de BANCIEN S.A. en donde adquirió su seguro.
Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: **https://www.mapfre.com.co/empresas/convenios-masivos/**

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Manifiesto que antes de aceptar la suscripción de este seguro, me fueron explicadas las características del producto y se verificaron las condiciones de asegurabilidad, es decir que el seguro sí me cubre los riesgos que estoy declarando. En virtud de lo anterior, expreso que conozco: **1)** la importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, mi edad y las consecuencias de entregar información inexacta o incompleta. **2)** las coberturas de la póliza, sus amparos, sus exclusiones y su vigencia. **3)** los valores asegurados, el valor de la prima y la forma de pago. **4)** los procedimientos, canales y medios que puedo utilizar en caso de solicitar una indemnización, requerir cualquier información o presentar un requerimiento o queja. **5)** que todas las condiciones del producto y los servicios se encuentran disponibles mediante consulta en la URL, o en la página web de MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A. Declaro haber sido debidamente informado, haber leído el presente documento y conocer totalmente los textos de las "Autorizaciones" contenidas en la presente solicitud de seguro.

Huella Índice Derecho

_____
Firma del Asegurado
Nombre del asegurado: _____
No de Documento: _____
con esta firma se autoriza uso de datos de salud.

_____
Firma Autorizada MAPFRE Seguros Generales de Colombia S.A.
NIT. 891.700.037-9

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA