

**AUTORIZACION PARA SOLICITUDES DE HISTORIA CLINICA 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 la Compañía Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. copia de mi (nuestra) historia clínica o cualquier información que ella considere necesaria aun después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explico coberturas y exclusiones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro.

Autorizo(amos) a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me(nos) encuentre(encontremos) afiliado(dos). Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgo 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.

**CLÁUSULA DE GARANTÍA**

Al firmar la presente solicitud, manifiesto que todas las respuestas son exactas, completas y verídicas, u declaro que en el evento que sea aprobada la solicitud, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada, se sancionara de acuerdo con lo previsto en los artículos 1058 y 1161 del Código de Comercio. Queda claro igualmente, que cualquier enfermedad ni sus complicaciones o consecuencias o afectaciones no declaradas en este formato y/o en la declaración de asegurabilidad sobre la cual se pretende presentar alguna reclamación, no tendrá cobertura y por tal será considerada como una enfermedad preexistente y manifiesta con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia del seguro con Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.

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

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc)
2. 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.
3. La información que he suministrado en la solicitud es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a las compañías de seguros, Sociedades de Capitalización e intermediarios de seguros, con los que mantenga una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar suministrar, reportar o divulgarla a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo grupo terroristas o actividades terroristas.

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.

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**Definiciones.** Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

**Declaraciones:** Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el

uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

**Autorizaciones:** Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general

cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

**Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

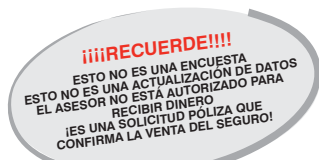
ACEPTO

NO ACEPTO

**- IMPORTANTE - IMPORTANTE - IMPORTANTE -**

**VIGENCIA:** La vigencia de la póliza será anual con un pago fraccionado mensual de la prima. El no pago de una fracción mensual de la prima dentro del término pactado genera la terminación automática del contrato del seguro.

La vigencia de la póliza inicia a las 00:00 horas del día siguiente de haber realizado el pago de la prima del seguro resultante del proceso de afiliación a través de la factura del servicio de CODENSA S.A. E.S.P.



Autorizo expresamente a CODENSA a cargar mensualmente en la FACTURA DE VENTA del servicio de energía el valor de la prima del seguro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

Huella Índice Derecho Asegurado Principal

Nombre del Vendedor

C.C.

Oficina:



