

➔ **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO**

PÓLIZA N°

TIPO DE PÓLIZA	
VIDA GRUPO	
VIDA GRUPO DEUDORES	X
ACCIDENTES PERSONALES	

PROCEDIMIENTO	
INCLUSIÓN	
AUMENTO VALOR ASEGURADO	
ACTUALIZACIÓN D E DATOS	

DATOS DEL TOMADOR					
Nombre	FONDO DE EMPLEADOS FONCARE		Número de NIT	830.142.623-9	
			Actividad Comercial	6492	
Dirección			Correo Electrónico	gerencia@foncare.co	
			Teléfono		Ciudad
					Departamento

DATOS DEL ASEGURADO					
Apellidos y Nombres del Asegurado	Correo electrónico	Fecha de Nacimiento	Género	Tipo Documento	Número
Actividad	Dirección Residencia	Teléfono Residencia	Teléfono Oficina	Celular	
Valor Asegurado Actual	Valor Asegurado Solicitado	Salario Mensual	Estatura	Peso	

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS					
Los designados por el asegurado o en su defecto beneficiarios de ley.					
BENEFICIARIOS DESIGNADOS (*)					
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOC. IDENTIDAD	TIPO DOC	FECHA NAC.	PARENTESCO	%
FONDO DE EMPLEADOS FONCARE	830.142.623-9	NIT	-----	-----	100
-----	-----	----	-----	-----	-----
-----	-----	----	-----	-----	-----
-----	-----	----	-----	-----	-----

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos y cada uno de los beneficiarios deberá corresponder al 100%

➔ **DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL RIESGO** Marque con una X si o no

1 Padezco o he padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, diabetes, de tiroides, VIH/ Sida, Presion Arterial Alta, Lupus, Cáncer, tumores, drogadicción o alcoholismo	SI	NO
2 Padezco alguna incapacidad, defecto físico o mental o cualquier otra incapacidad permanente o parcial diferentes a los mencionados en el numeral anterior	SI	NO

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTA ANTERIORES ES AFIRMATIVA, INDIQUE LA PREGUNTA, CON DETALLE DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO QUE RECIBE Y FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DEL TRATATAMIENTNO, ASÍ COMO EL NOMBRE DEL MÉDICO / HOSPITAL TRATANTE

Pregunta	Padecimiento o Tratamiento	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nombre del Médico / Hospital

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:			SI	NO
1	Tanto mis actividades como ocupación son lícitas y en consecuencia los bienes que poseo provienen de medios lícitos. Igualmente declaro que no he sido objeto de amenazas, de secuestro o muerte ni me han solicitado contribuciones para evitarlo.		X	
2	Autorizo permanente e irrevocablemente a PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que a partir de la fecha procese, conserve o actualice cualquier información de carácter financiero o comercial y la autorizo para que reporte, consulte o suministre esta información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas, en los términos y durante el tiempo que la ley lo establezca.		X	
3	Autorizo expresamente, aún después de mi fallecimiento, a los médicos e instituciones de salud a proporcionar a los Beneficiarios de este seguro y a PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., copia de mi historia médica clínica, resultados de medios diagnósticos y cualquier información o registro que hayan efectuado o efectúen. En consecuencia renuncio en mi propio nombre y en el de cualquier tercero interesado, a todas las disposiciones de ley que prohíban a los médicos, centros asistenciales o de diagnóstico que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.		X	
4	He sido advertido de mi obligación de declarar sinceramente mi estado de salud y cualquier diagnóstico, tratamiento, patología que tenga o haya tenido y las consecuencias de tal omisión, por lo cual manifiesto que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son completas y verídicas. Acepto que PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., se reserva los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la realidad (Artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio).		X	
5	He leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones, del anverso y reverso, del presente certificado, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma acepto integralmente su contenido.		X	
6	Que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.palig.com		X	

CLAUSULA DE AUTORIZACION DE USO DE DATOS

Declaro expresamente:

- I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
- II. Que **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me ha informado, de manera expresa:
- 1 **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor, 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 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) controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, viii) 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) intercambio o remisión de El Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. Información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- 2 El Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
- 3 **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** i) personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, o vinculadas o de matriz de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, ii) los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguros o reaseguro; v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
- 4 **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
- 5 **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, 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 a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.
- 6 **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
- 7 **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 y rectificar 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 LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:
- a) FASECOLD cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá.
- b) INVERFAS cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37 - 43 Piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá.
- III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para resolver inquietudes acerca del seguro o del trámite de una solicitud de reclamación, favor comunicarse con la línea de atención al cliente: Bogotá DC. 756 2323 y a nivel nacional 01 8000 182 534.

Defensor del Consumidor Financiero: Principal - José Guillermo Peña Gonzalez (jgp@pgabogados.com). Suplente - Alejandro Pérez Hamilton (aperez@pgabogados.com). Teléfonos: (57-1) 2131370 - 6584298 - FAX (57-1) 6193259 Dirección Avenida 19 No. 114 – 09 oficina 502 Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 5:00 p.m. jornada continua.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, www.palig.com, ingresando al enlace Consumidor Financiero.

ADVERTENCIA: El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., por tanto, EL TOMADOR no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto del seguro, se resolverá entre el Asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna por parte de EL TOMADOR.

SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

Estas autorizaciones regirán durante el período de vigencia del seguro.

Diligencie el correo desde el cual se enviará este formato*

La ausencia de mi firma sobre este formato, se validará con la recepción desde el buzón del correo electrónico (*) **operaciones@toncare.co** con lo que certifico la veracidad, autenticidad y confiabilidad de la información la he diligenciado yo para la toma de este seguro. La información contenida refleja exactamente las declaraciones y respuestas que suministré a la Compañía. En consecuencia ratifico y confirmo que he revisado completa y detalladamente la Solicitud de Seguro, confirmo que no presenta ningún error, omisión o declaración inexacta.

Manifiesto que estoy de acuerdo con su contenido, validez y efectos jurídicos y acepto dicha Solicitud de Seguro plenamente.

En virtud de lo anterior se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA DEL ASEGURADO

No. Documento de Identidad: _____