Señores FONMEALS

Asunto: Solicitud de Reingreso y Autorización de Descuento de Ahorro Permanente

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, manifiesto de manera voluntaria mi intención de **reintegrarme como asociado(a)** a esta entidad.

Hago esta solicitud tras haber cumplido el periodo de tres (3) meses de desvinculación estipulado en los estatutos vigentes para procesos de re afiliación. Al suscribir este documento, declaro conocer y aceptar los reglamentos internos del Fondo.

Asimismo, autorizo expresamente el descuento mensual por nómina de mi **ahorro obligatorio**, equivalente al _____**%** de mi salario básico (dentro del rango del 3% al 10% permitido).

Firma Asociado: _____

Código Meals: _____

Fecha: _____

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

AFILIACION - AHORRO

SOLICITUD DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES
Versión digital

Por favor diligenciar únicamente los espacios sombreados

MGL1575 SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

ESTIMADO SEÑOR (A) EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO. SI TRANSCURRIDO EL TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD, MAPFRE NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA.

TIPO DE NOVEDAD

NOMBRE ASESOR

FECHA RADICACIÓN		
DD	MM	AAAA

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	FECHA SOLICITUD DD	MM	AAAA
NIT	860521740	Fondo de Empleados de Meals de Colombia Fonmeals			

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDOS		NOMBRES					
TIPO DOCUMENTO	**NÚMERO**	**GÉNERO**	**FECHA NACIMIENTO** DD	MM	AAAA	**ESTADO CIVIL**	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	**TELÉFONO RESIDENCIA**	**CIUDAD**				**DEPARTAMENTO**	**PAÍS**
NÚMERO CELULAR	**CORREO ELECTRÓNICO**						
DEPORTE QUE PRACTICA	**PROFESIÓN**					**ESTATURA (CMS)**	**PESO (KG)**
OCUPACIÓN ACTUAL						**EPS**	
¿CONSUME ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?		**¿CUÁL?**					

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

¿Ha padecido o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (En caso de respuesta afirmativa, diligencie los campos complementarios)

EN CASO DE DECLARAR ALGUNA ENFERMEDAD O CONSUMO DE MEDICAMENTO SE DEBE SOLICITAR AUTORIZACIÓN A LA ASEGURADORA

TIPO ENFERMEDAD	SI/NO	TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	FECHA DIAGNÓSTICO, OCURRENCIA O PRÁCTICA DD	MM	AAAA	ESTADO ACTUAL
Cardiovascular						
Hipertensión arterial						
Pulmonar, asma, tuberculosis						
Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hérnias, colon)						
Renales y/o genitourinarias (próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio)						
Enfermedades hepáticas (higado, páncreas)						
Enfermedades venereas						
Músculo-esqueléticas, reumatismo, artritis						
Mentales (bipolaridad, alzheimer, depresión…)						
Nerviosas (epilepsia, trastornos emocionales…)						
Diabetes mellitus						
Cáncer u otros tumores						
Cerebro vasculares						
SIDA /VIH						
¿Le han ocurrido accidentes o lesiones graves?						
Deformidades o malformaciones						
¿Otra enfermedad no descrita anteriormente? ¿Cuál?						
¿Ha sido hospitalizado durante los últimos 5 años?						
¿Se ha sometido a cirugías durante los últimos 10 años?						
¿Piensa someterse a alguna cirugía?						

MUJERES

¿Se encuentra en estado de embarazo?		MES ESPERADO DEL PARTO			
¿Complicaciones ginecológicas u obstétricas?		¿Cuáles?			
¿Ha tenido embarazo anteriores?		¿He tenido complicaciones en esos partos?		¿Cuáles?	

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	GÉNERO	APELLIDOS	NOMBRES	%	PARENTESCO
					0%	

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

No. CRÉDITO	VALOR ASEGURADO INICIAL O DEL PRÉSTAMO INICIAL	PLAZO DEL CRÉDITO	SOLICITUD INCREMENTO VALOR ASEGURADO A	VALOR PRIMA

DATOS DEL INTERMEDIARIO

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	SUCURSAL

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y las que figuren en la declaración de estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, o modificación de la misma y en que MAPFRE, no asume responsabilidad alguna, si no mediante la expedición de la póliza o certificado o modificación previo pago de la prima siempre que para entonces me encontrare en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha habido por mi parte error, falsedad, omisión o reticencia que de haber sido conocidos por MAPFRE, la hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

Así mismo declaro que no realizo actividad ilícita alguna y que no estoy inmerso en ningún proceso penal. Declaro que todos mis ingresos y bienes provienen de actividades lícitas.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a MAPFRE, para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos. De la misma manera, autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y/o para confirmar las bases de datos de seguros de personas de riesgos agravados e indemnizaciones.
Será obligación del Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 del Código de Comercio con la entrega al Tomador de las Condiciones. Será responsabilidad de cada uno de los Asegurados el informarse acerca de las condiciones particulares del producto y manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tengan al respecto.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA: Será obligación del Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 del Código de Comercio con la entrega al Tomador de las Condiciones Generales y particulares.

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.

NOMBRE ASEGURADO

IDENTIFICACIÓN TOMADOR

Entiéndase la palabra "MAPFRE" Y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.