

SOLICITUD DE INGRESO PARA LA POLIZA COLECTIVA DE EXEQUIAS

(Favor diligenciar a máquina o en letra imprenta sin enmendaduras)



Datos Generales

Razón social	Fecha de reporte		
FONDO DE EMPLEADOS EXXONMOBIL. FONDEXXOM	Día	Mes	Año

Asegurado Principal (Titular)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	TD	No. Identificación
Edad	Fecha Nacimiento	Dirección Domicilio	Teléfono	Ciudad
	Día Mes Año			

Asegurado Principal del Subgrupo

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	TD	No. Identificación
Edad	Fecha Nacimiento	Dirección Domicilio	Teléfono	Ciudad
	Día Mes Año			

RELACION DE BENEFICIARIOS

No. Documento Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha Nacimiento			Parentesco
				Día	Mes	Año	
							AP

Beneficiario del Auxilio para Gastos Emergentes

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	TI	No identificación	%
					100

Beneficiarios de Compensaciones

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	TI	No Identificación	%

Plan Seleccionado

Plan Especial Plateado	Plan Especial Dorado
------------------------	----------------------

Condiciones Particulares del Seguro Exequial

- Los servicios derivados del presente seguro serán efectivos teniendo en cuenta los siguientes periodos de carencia:
 - A partir del primer (1) día de afiliación cuando ocurra el fallecimiento por muerte accidental.
 - A partir del día cuarenta y seis (46) de afiliación, cuando ocurra el fallecimiento por causa de cualquier enfermedad diferente de CÁNCER, SIDA y ENFERMEDADES GRAVES, según definición de esta póliza.
 - A partir del día ciento ochenta y uno (181), cuando ocurra el fallecimiento por cualquier enfermedad grave según definición de esta póliza, excepto CÁNCER Y SIDA..
 - A partir del día trescientos sesenta y seis (366) cuando ocurra el fallecimiento por CÁNCER y SIDA..
- Las personas relacionadas en esta solicitud, no presentan antecedentes legales; y las actividades y ocupación o profesión son lícitas y las ejercen dentro de los marcos legales, y tengo conocimiento de que cualquier falta a la veracidad en esta declaración es causal de nulidad de este seguro. (Artículo 1058 y 1158 de Código de Comercio).
- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo (amos) expresamente a MAPFRE SEGUROS DE COLOMBIA S.A. para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi (nuestra) historia clínica.
- Autorizo a MAPFRE SEGUROS DE COLOMBIA S.A. para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha de expedición de ésta solicitud y durante la vigencia de éste seguro, en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con ésta aseguradora, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier Central de información o base de datos.
- Autorizo a la entidad tomadora arriba mencionada para que descuente de mi salario, cuenta o tarjeta según el caso, las primas del seguro referido en el monto indicado y según forma de pago, cuando de acuerdo con las condiciones generales de la póliza se incremente el valor de la prima en el aniversario de aquella o se introduzca modificaciones en su cobertura.
- La mora del pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
- Autorizo al Fondo de Empleados de Exxonmobil, FONDEXXOM, el descuento por nómina del valor mensual que se genere a mi cargo, por concepto de esta póliza.

Firma del Asegurado Principal

Ciudad y Fecha

Para uso exclusivo de la Compañía

Fecha Radicación MAPFRE	Vo. Bo. Revisión	Grabado Sistemas	Fecha Iniciación Vigencia		
			Día	Mes	Año

**SOLICITUD DE INGRESO PARA LA POLIZA
COLECTIVA DE EXEQUIAS**

(Favor diligenciar a máquina o en letra imprenta sin enmendaduras)

SEÑORES FONDEXXOM:

**AUTORIZO AL PAGADOR DE _____ DESCONTAR DE MI
SALARIO, Y/O SUELDO, Y/O PENSION, Y/O PRIMAS LEGALES O EXTRALEGALES, Y/O
VACACIONES, Y/O PRESTACIONES, LA SUMA DE _____ (\$_____)
MENSUALS A PARTIR DEL MES DE _____ 20__ POR SEGURO DE EXEQUIAS.**

NOMBRE DEL ASOCIADO: _____ C.C. _____

FIRMA DEL ASOCIADO: _____.
