

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POLIZA DE VIDA Y EXEQUIAS**Código: SGC-GS-F01  
Versión: 01  
Fecha: 26-05-2022 Ingreso  Actualización**DATOS DEL TITULAR**

<b>Titular</b>		<b>N° cedula</b>	
<b>Empresa</b>		<b>Correo</b>	
<b>Teléfono</b>		<b>Dirección</b>	

**TIPO DE PÓLIZA**

<b>Plan</b>	<input type="checkbox"/> 6+1	<input type="checkbox"/> 6+1 Sinergia	<input type="checkbox"/> 9+1 Sinergia	<input type="checkbox"/> 7+1 vida y exequias
<b>Valor</b>	\$			
<b>Descontar a</b>	<input type="checkbox"/> Titular de la póliza		<input type="checkbox"/> Empresa	

**BENEFICIARIOS OLIVOS**

Ítem	Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Documento
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

 Adicional único  Adicional con núcleo**ADICIONALES**

Ítem	Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Documento
Titular				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**SEGURO DE VIDA**

Ítem	Beneficiarios	Tipo de documento	N° documento	Parentesco	Porcentaje
1		<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE			
2		<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE			
3		<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE			

**Gestor responsable**

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA**

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado (a) como como aparece en el pie de mi firma, conforme al artículo 150 de Código Sustantivo del Trabajo y los artículos 55 y 56 del decreto Ley 1481 de 1989, autorizo a la empresa en la que laboro a descontar de mi salario quincenal / mensual el valor correspondiente a las primas de la póliza (s) que contrate y en caso de modificación y / o renovación de la misma, me sea ajustado el valor a descontar.

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, con mi firma autorizo como titular de mis datos personales, para que estos, incluidos los sensibles (voz), sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y referencias, gestión y selección de asociados fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, encuestas de opinión, gestión de cobros y pagos, invitaciones a eventos, envío de comunicaciones y contacto a través de los medios registrados, atención al cliente, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, marketing, prospección comercial, ofrecimiento de productos y servicios, publicidad propia, segmentación de mercados, transmisión y/o transferencia nacional o datos biométricos como la voz que sean utilizados para la verificación de identidad.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre datos sensibles (voz), entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación o sobre menores de edad. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supervisión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, a la dirección de correo electrónico [atencionalcliente@comses.org](mailto:atencionalcliente@comses.org) indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Barrio Armenia Cra 48 #30 - 154 Mz F Lote 13 en la ciudad de Cartagena, Bolívar.

SI  NO

**TERMINOS Y CONDICIONES**

a) Carencia inmediata por muerte accidental, suicidio y homicidio para cotizantes y su núcleo familiar. b) Carencia para lo demás servicios a partir de seis (6) meses. En caso de fallecimiento por enfermedad natural diagnosticada antes de los seis meses de antigüedad de la póliza, el cotizante deberá asumir el valor del servicio. c) Por póliza se pueden ingresar solo dos (2) mayores de 60 años. d) Se pueden reemplazar los

fallecidos menores de 60 años después de un año, con nuevos beneficiarios menores a esta edad. Exceptuando a padre y madre quienes no podrán ser reemplazados bajo ningún caso. e) Si por condiciones ajenas a los Olivos, no se puede prestar el transporte aéreo se aplica el terrestre teniendo en cuenta el kilometraje, y si este excede los 300 km contratados el asociado o titular asumirá el saldo a pagar. f) Cuando se adquiere un plan y en él hay una prestación de servicios exequias. La póliza se deberá mantener por un periodo de 12 meses a partir del siniestro. g) En caso de tener póliza y no actualizar beneficiarios, la prestación de los servicios aplicará únicamente para familiares de primer grado de consanguinidad y esposo. h) Servicios exequial para recién nacidos y bebés gestantes. El cotizante de la póliza deberá adjuntar el certificado de defunción donde registre como padre. i) Reconocimiento de 1.5 SMMLV en el caso que se presente un siniestro y no utilicen el servicio. Aplica solo para madre o padre, se debe hacer la solicitud directamente a los Olivos por medio de una carta adjuntando el registro civil para demostrar el parentesco. En ningún otro caso, la funeraria los Olivos hace devolución de dinero por no utilización de los servicios. j) Para acceder a los beneficios de la sinergia, la póliza debe contar con antigüedad mínima de 90 días. k) La actualización de la información de la póliza es del interés y responsabilidad del asociado. l) Las modificaciones de pólizas para cambios de beneficiarios o reemplazo de los mismos, se debe hacer anualmente, mediante correo electrónico a

[gestorsocial@comses.org](mailto:gestorsocial@comses.org) o [gestorsocial2@comses.org](mailto:gestorsocial2@comses.org).

m) Los retiros de póliza se reciben hasta el día 25 de cada mes, Para ello debe enviar una carta de la solicitud los correos electrónicos [gestorsocial@comses.org](mailto:gestorsocial@comses.org) o

[gestorsocial2@comses.org](mailto:gestorsocial2@comses.org)

n) aplican textos contenidos en el clausulado de Aseguradora Solidaria de Colombia según condiciones generales clausulado contenidas en la forma Cód. 13/08/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-17-DR01

**REPORTE DE EMERGENCIAS**

Barranquilla	(605) 3860075 – 3409660 - 3167430606
Magangué	(605) 6876481- 3106607664 -3106171987
Sincelejo	(605) 2817726 – 3173633118
Cartagena	(605) 6930172 – 3106171987
Montería	(604) 7820075 – 3145063421
Santa marta	(605) 4206247 - 3007444922

Para constancia firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

Firma

Nombre:  
Cédula: