

	SOLICITUD DE PÓLIZAS Y/O SERVICIOS MEDICOS		
	Código: GS-FR-02	8 de septiembre de 2026	Versión 1
FECHA:			
DATOS PERSONALES			
NOMBRES Y APELLIDOS: DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: MÓVIL: E-MAIL PERSONAL: DIRECCIÓN DE AGENCIA Y CIUDAD: SALARIO NETO: ACTIVOS:		CÉDULA N°: CIUDAD: N° DE TELÉFONO RESIDENCIA: EMPRESA DONDE LABORA: DIRECCIÓN LABORAL: EGRESOS: PASIVOS:	
MODALIDAD DE PÓLIZA Y/O SERVICIO			
☐ PÓLIZA DE VEHÍCULO ☐ PÓLIZA EXEQUIAL ☐ ALLIANZ SALUD ☐ CAFAM ☐ PÓLIZA DE HOGAR ☐ COLSANITAS ☐ EMERMEDICA ☐ COLMÉDICA ☐ PÓLIZA DE VIDA ☐ MEDISANITAS ☐ EMI ☐ OTROS ¿Cuál?			
*El contratante autoriza y acepta el cobro anticipado de un valor equivalente a dos (2) mensualidades del servicio, como garantía del cumplimiento de las obligaciones adquiridas y del pago oportuno del servicio contratado. Este valor deberá ser cancelado al momento de la vinculación y estará destinado a garantizar el cumplimiento de los compromisos económicos derivados de la prestación del servicio.			
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
En mi calidad de titular de la información, actuando de manera libre, previa, expresa y voluntaria, autorizo a FENUGARANTIAS, de conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas aplicables, para recolectar, almacenar, organizar, consultar, verificar, actualizar, utilizar, procesar y, cuando sea legalmente procedente, transmitir o transferir mis datos personales, con el propósito de gestionar mi proceso de vinculación, administrar y prestar la póliza o servicio contratado, realizar las gestiones administrativas, comerciales y contractuales necesarias, efectuar procesos de facturación y cobro, atender solicitudes, peticiones, quejas y reclamos, prevenir y detectar posibles fraudes y cumplir las obligaciones legales y contractuales a cargo de FENUGARANTIAS. Así mismo, autorizo a FENUGARANTIAS para consultar, verificar y, cuando corresponda, reportar información ante centrales de información financiera, crediticia y comercial, así como ante bases de datos legalmente constituidas, de conformidad con la legislación vigente y con las finalidades relacionadas con la evaluación, administración y cumplimiento de las obligaciones derivadas de la póliza o servicio contratado. Declaro que la información suministrada por mí es veraz, completa y actualizada, y autorizo a FENUGARANTIAS para verificar la información necesaria para la adecuada prestación y administración del servicio. Por lo anterior, autorizo expresamente: - El tratamiento de mis datos personales para gestionar mi vinculación, administrar la póliza o servicio contratado y mantener la relación contractual con FENUGARANTIAS. - El envío de información relacionada con la póliza o servicio, incluyendo certificados, comprobantes, estados de cuenta, facturas, comunicaciones, renovaciones, modificaciones, novedades y demás documentos relacionados con el servicio contratado. - El contacto a través de los canales suministrados, incluyendo llamadas telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico, WhatsApp u otros medios de comunicación autorizados, con el propósito de informar sobre la prestación, administración, renovación, modificación o terminación del servicio. - El envío de información comercial y promocional relacionada con productos, pólizas, servicios, beneficios, campañas, convenios y demás ofertas de FENUGARANTIAS o de sus aliados comerciales, cuando corresponda y de conformidad con la normativa aplicable. - La grabación y monitoreo de las llamadas que realice a FENUGARANTIAS o que sean realizadas por FENUGARANTIAS, con fines de seguridad, control de calidad, seguimiento, atención y soporte de la relación contractual o de servicio. - La consulta, verificación y actualización de mis datos personales en las bases de datos y sistemas de información utilizados por FENUGARANTIAS para el desarrollo de sus actividades. - La transmisión o transferencia de mis datos personales a terceros, cuando sea necesario para la adecuada prestación, administración o gestión de la póliza o servicio contratado, incluyendo aseguradoras, prestadores de servicios médicos, proveedores, aliados y demás entidades que intervengan directamente en la operación, siempre de conformidad con la legislación vigente y las finalidades autorizadas. - El envío de comunicaciones y recordatorios relacionados con pagos, vencimientos, renovaciones, novedades, modificaciones y demás aspectos relacionados con la póliza o servicio contratado. 8. Declaro que conozco y acepto la Política de Tratamiento de Datos Personales de FENUGARANTIAS, disponible en (https://fenugarantias.com), y manifiesto haber sido informado(a) sobre los derechos que me asisten como titular de los datos personales. Con la firma del presente documento autorizo la inclusión y tratamiento de mis datos personales en las bases de datos de FENUGARANTIAS, exclusivamente para las finalidades informadas y aquellas que sean necesarias para el adecuado desarrollo de la relación contractual y/o prestación del servicio.			
AUTORIZO ☐			
DERECHOS DEL TITULAR Y COBRO ANTICIPADO DE GARANTIA			
Declaro que he sido informado(a) de mis derechos como titular de los datos personales, entre ellos conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mi información cuando sea procedente, así como revocar la autorización y presentar consultas o reclamos relacionados con el tratamiento de mis datos, de conformidad con la legislación vigente. Para tal efecto, podré dirigirme a FENUGARANTIAS a través de los canales dispuestos para la atención de estos requerimientos. Así mismo, acepto que al momento de la vinculación se realice un cobro anticipado equivalente al valor de dos (2) mensualidades del servicio, el cual tendrá como finalidad servir como garantía del cumplimiento de las obligaciones adquiridas y del pago oportuno del servicio contratado, de acuerdo con las condiciones establecidas por FENUGARANTIAS.			
AUTORIZACION CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CFIN			
En mi calidad de titular de la información, autorizo de manera libre, previa, expresa y voluntaria a FENUGARANTIAS para consultar, verificar, procesar y reportar mi información financiera, crediticia, comercial y de comportamiento de pago ante las centrales de información legalmente constituidas, de conformidad con la legislación vigente. Autorizo el reporte de la información relacionada con el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones derivadas de la póliza o servicio contratado, así como su consulta para efectos de vinculación, evaluación, administración y gestión de las obligaciones. Declaro conocer que mi información podrá ser consultada por los usuarios autorizados de las centrales de información y que su permanencia estará sujeta a los términos establecidos por la ley.			
AUTORIZO ☐			
NOMBRES Y APELLIDOS		C.C	
LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN	