



MAPFRE COLOMBIA

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO

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

INICIACIÓN MODIFICACIÓN

Solicitud No. **40** **2028** **00161100**

D.V.

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 COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA.

DATOS DEL TOMADOR

Tipo Doc.: Número de Documento: Nombre/Razón Social: Fecha de Solicitud:

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: Nombres:

Tipo Doc.: Número de Documento: Sexo: Fecha de Nacimiento: Estado Civil: Casado Viudo Divorciado Soltero U. Libre

Domicilio: Ciudad: Departamento: Teléfono:

Ingreso Mensual: \$ ¿A cuanto asciende su patrimonio? \$ Estatura: Cms Peso: Kgs Profesión:

Ocupación Actual: ¿Fuma? Si No ¿Cuántos cigarrillos diarios? ¿Bebe Alcohol? Si No Frecuencia: Cantidad:

¿Ha recibido, practicado o piensa recibir instrucciones Para pilotear aeronaves? Si No Deportes que practica Frecuencia:

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS			PARENTESCO	%	NOMBRES Y APELLIDOS			PARENTESCO	%
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES? (MARQUE CON UNA X)

Nº	ENFERMEDADES	SI	NO	Nº	ENFERMEDADES	SI	NO
01	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - PRESIÓN ARTERIAL			08	BOCIO, DIABETES, SOBREPESO		
02	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - ASMA - TUBERCULOSIS			09	CÁNCER U OTROS TUMORES		
03	ENFERMEDADES DIGESTIVAS			10	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		
04	ENFERMEDADES GENITOURINARIAS			11	PARÁLISIS		
05	ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS - REUMATISMO - ARTRITIS			12	DEFORMIDADES O MALFORMACIONES		
06	ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES			13	ENFERMEDADES CRÓNICAS O TERMINALES		
07	ENFERMEDADES DE LOS OJOS - OIDOS - NARIZ - GARGANTA			14	OTRAS		

SI MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA ANTERIOR, DETALLAR EN FORMA COMPLETA

LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA	DETALLE

IMPRESO POR BNTIPREB Ingresos Háb. NIT.860.350.626-1 PBX. 311 0255

VICIADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

VALOR ASEGURADO	FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	ENFERMEDADES GRAVES	EXEQUIAS	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

PREGUNTAS MÉDICAS

¿Ha estado incapacitado durante los últimos dos años? SI NO En caso afirmativo indique las causas _____

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas en los últimos tres años? SI NO En caso afirmativo declare fechas, centro asistencial y cirugías _____

¿Piensa hacerse operar o someterse a alguna intervención quirúrgica en el futuro? SI NO Indique cuál (es) y la fecha _____

¿Alguna compañía le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud o pólizas de seguro de Vida Accidentes Personales o Salud? SI NO

Si su respuesta es afirmativa Indique

Compañías	Causas
_____	_____
_____	_____

¿Esta solicitando otro seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud en esta u otra Compañía? SI NO En caso afirmativo indique cuál (es) _____

¿Tiene seguros vigentes de Vida, Accidentes Personales o Salud en esta u otra Compañía? SI NO En caso afirmativo indique cuál (es) y monto asegurado _____

¿Se le ha diagnosticado o realizado exámenes para el SIDA? SI NO Resultado _____

Si el Asegurado es mujer, responda las siguientes preguntas:

¿Está embarazada? SI NO En caso afirmativo cuanto tiempo de embarazo tiene? _____

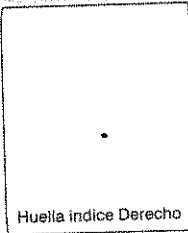
¿Ha tenido algún aborto? SI NO ¿Parto prematuro? SI NO Fecha _____

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, rehabilitación o modificación de la prima siempre que para entonces me encuentre en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones he habido por mi parte error, falsedad, omisión o reticencia que de haber sido conocidas por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., 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 COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., 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.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA: Será obligación del Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1048 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 Generales del producto y manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tenga al respecto.

Firma del Asegurado
C.C.



OBSERVACIONES DEL SELECCIONADOR

_____	1. APROBADO <input type="radio"/>	Firma del Seleccionador _____ FECHA _____
_____	2. APLAZADO <input type="radio"/>	
_____	3. RECHAZADO <input type="radio"/>	
_____	4. EXTRAPRIMADO <input type="radio"/>	

DATOS DEL INTERMEDIARIO

Nombre del Intermediario: _____ Clave: _____ Sucursal: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de Documento	Ramo	Código Forma
Solicitud	01 - Jun - 04	1430	P	34	Vid-056-May/04