MAPFRE

PROGRAMA VOLUNTARIO - FEDERACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

D.V.

40 2988 00

TOMADOR	NIT
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	860.632.520.6

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 15 NO. 98-42 OF 204	BOGOTÁ	617 14 65

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES	APELLIDOS	C.C.

DIRECCION RESIDENCIA	PROFESION	OCUPACION ACTUAL	TELEFONO	SEXO M F	COD. INTERNO

COBERTURAS — VIGENCIA: DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 01 MM AAAA — HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 01 MM AAAA

VIDA	PLAN	ASEGURADO PRINCIPAL	PLAN	CONYUGE	HIJOS	PLAN	PADRES
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA							
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE							
ENFERMEDADES GRAVES (50%)							
AUXILIO FUNERARIO							
BONO CANASTA MENSUAL POR 12 MESES							
RENTA CLÍNICA							
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE							
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS							
RENTA DIARIA POST HOSPITALIZACIÓN							
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD							
CIRUGÍA AMBULATORIA							
ACCIDENTES PERSONALES							
Fallecimiento accidental							
Incapacidad total y permanente por accidente incluido coberturas por desmembración							
Desmembración por accidente							
Renta Mensual para gastos del hogar por 12 meses por accidente por fallecimiento accidental y/o incapacidad total y permanente por accidente							
Renta Mensual para gastos del hogar por 12 meses por fallecimiento accidental y/o incapacidad total o permanente							
Renta Mensual para gastos de estudio por cada hijo menor de 18 años durante 12 meses, fallecimiento accidental y/o incapacidad total y permanente por accidente							
Incapacidad temporal por accidentes y/o enfermedad no preexistente							

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

ASEGURADO	EST.	PES.	NOMBRES	CLASE DOCUMENTO**	DOCUMENTO IDENTIFICACION	OCUPACION ACTUAL	FECHA DE NACIMIENTO	PRIMA TOTAL MES
EMPLEADO	Mts.	Kg.					DD MM AAAA	
CÓNYUGE	Mts.	Kg.					DD MM AAAA	
PADRE	Mts.	Kg.					DD MM AAAA	
MADRE	Mts.	Kg.					DD MM AAAA	
HIJOS							DD MM AAAA	
							DD MM AAAA	
							DD MM AAAA	

PRIMA TOTAL MENSUAL $

BASE DE IVA

IVA 10%

PRIMA TOTAL INCLUIDO IVA $

** RC: Registro Civil - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL	%	PARENTESCO
BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL CONYUGE	**%**	**PARENTESCO**
BENEFICIARIOS DE LOS PROGENITORES EN EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES	**%**	**PARENTESCO**

- IMPORTANTE - NO FIRME ESTA SOLICITUD/POLIZA SIN HABER COMPRENDIDO LAS CONDICIONES EXPRESADAS A CONTINUACION

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de la póliza a que accede esta solicitud y declaro que me encuentro en buen estado de salud y que por lo tanto mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida ni padezco ni se me ha diagnosticado ninguna enfermedad cardiovascular, cerebro-vascular, pulmonar, sobrepeso, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal crónica, cáncer o SIDA y en general cualquier tipo de enfermedad preexistente a la fecha de firma de esta solicitud. Autorizo a los hospitales y/o médicos que me han atendido a suministrar los datos que posean sobre mi estado de salud aun después de mi muerte. La Aseguradora MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que, antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la verdad.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la Legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la Compañía de Seguros de toda responsabilidad.

Si incluyo en la póliza a mi cónyuge, hijos y mis progenitores, declaro que las anteriores aseveraciones les son aplicables en su totalidad.

Autorizo al Tomador para cargar a mi nómina mensual el valor que corresponda al pago de la prima de seguro de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud. El descuento autorizado se podrá realizar durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento para el pago de la prima y siempre y cuando esté vinculado con el Tomador. Esta autorización regirá durante el período de la vigencia del presente contrato para la prestación del servicio y el de sus renovaciones.

CUANDO LA POLIZA SEA COLECTIVA SERA OBLIGACION DEL TOMADOR DAR A CONOCER A LOS ASEGURADOSLAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE POLIZA. LA ASEGURADORA CUMPLE CON LA OBLIGACION DEL ARTICULO 1046DEL CODIGO DE COMERCIO CON LA ENTREGA AL TOMADOR DE LAS CONDICIONES. SERA 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 TENGAN AL RESPECTO.

CIUDAD _____ FECHA DE EXPEDICIÓN DD MM AAAA

FIRMA AUTORIZADA MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.	FIRMA ASEGURADO C.C.	Huella Indice Derecho del Asegurado	FIRMA CÓNYUGE C.C.	Huella Indice Derecho del Cónyuge

*Cobertura con IVA

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. - NIT. 830.054.904-6 - Régimen Común - Somos grandes contribuyentes.
Según resolución 10520 del 18 de Dic de 2003, Somos retenedores de IVA.
Este documento equivale a una factura de conformidad con Art. 5/Decreto 1165 de 1996.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de Documento	Ramo	Código Forma
Solicitud FECOLSOG	15 - Oct - 09	1430	P	34	Vid-363-Oct/09

Entiéndanse las palabras "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

- TOMADOR - - COMPAÑIA - - INTERMEDIARIO -

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA