

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, DESEMPLEO Y
ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

FECHA DE SOLICITUD								CIUDAD				NOMBRE SUCURSAL RADICADORA				LÍNEA DE CRÉDITO				NO. CRÉDITO ASOCIADO AL SEGURO			
D	D	M	M	A	A	A	A																

DATOS DEL ASEGURADO																											
Primer Nombre								Segundo Nombre								Primer Apellido				Segundo Apellido							
Fecha de Nacimiento				D	D	M	M	A	A	A	A	Tipo y Número de Identificación del Asegurado C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>				Fecha de Expedición del Documento				D	D	M	M	A	A	A	A
Nacionalidad				Ciudad de Residencia								Lugar de nacimiento				Teléfono de Residencia											
Teléfono de Celular				Teléfono de Oficina								Dirección de Correo electrónico(E-mail)															

TIPO DE NOVEDAD REPORTADA				Cancelación Voluntaria <input type="checkbox"/>				Cancelación por mala asesoría en la venta <input type="checkbox"/>				Modificación de Beneficiarios <input type="checkbox"/>			
SEGURO SOBRE EL CUAL HARÁ LA CANCELACIÓN O MODIFICACIÓN				ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>				DESEMPLEO <input type="checkbox"/>				ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/>			

CUADRO DE BENEFICIARIOS PARA LOS SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES			
NOMBRES Y APELLIDOS	NO. DE IDENTIFICACIÓN	(*)%	PARENTESCO CON EL ASEGURADO

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%.

INFORMACIÓN IMPORTANTE (Diligenciar en caso de Cancelación Voluntaria y mala venta)	
<p>Después que el asesor le ha recordado las coberturas y beneficios que le ofrece el seguro, sigue considerando cancelarlo? Si ____ No ____.</p> <p>Para BANCO PICHINCHA S.A. es muy importante conocer el (los) motivos de su retiro ya que es nuestro compromiso velar por la satisfacción de nuestros clientes, mediante la mejora continua. Por lo anterior le agradecemos nos confirme cual de los siguientes motivos que a continuación encontrará le hizo tomar la decisión:</p>	
<input type="checkbox"/> La información suministrada no fue clara en el momento de la venta. <input type="checkbox"/> No es el producto que necesito.	<input type="checkbox"/> Incapacidad Económica <input type="checkbox"/> Una mejor oferta en el mercado <input type="checkbox"/> Otros motivos: _____

CLÁUSULA: REVOCACIÓN DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES POR EL ASEGURADO	FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE
<p>El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por MAPFRE o por el asegurado").</p> <p>En el caso en que MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. o quiera revocar; Remitirá una carta dirigida a la última dirección informada por usted o a su correo electrónico, manifestándole que su seguro será terminado. Esta terminación se hará efectiva una vez hayan transcurrido diez (10) días calendario, contados a partir de la fecha de envío de la carta o correo electrónico.</p> <p>Cuando usted desee solicitar la revocación del seguro. La cancelación la podrá realizar a través de los siguientes canales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Call center Aseguradora Mapfre -Call Center Banco Pichincha (que lo direccionará al call de la aseguradora) -Oficina/Sucursal Bancaria (última opción para que se radique de forma física) <p>En este caso la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a la solicitud de revocación.</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Firma del Asegurado _____</p> <p>No de Identificación: _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin-left: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Huella Índice Derecho</p> </div> </div>

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



NACIONAL: 018000 977 025
BOGOTÁ: 307 7026

Opción 1: Orientación o información
Opción 2: Reporte e información de Siniestros

En caso de consulta o inquietudes se puede comunicar a la línea nacional 01800974545