

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

SOLICITUD DE AMPARO DE PROTECCION ESCOLAR

Tomador _____
Alumno _____ Nivel _____ Edad _____

DATOS DEL ACUDIENTE ASEGURADO

Nombre _____ Cédula No. _____
Ocupación o actividad _____ Profesión _____
Fecha de nacimiento ____/____/____
Parentesco con el alumno Padre ____ Madre ____ Otro, indicar cual _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Departamento _____

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

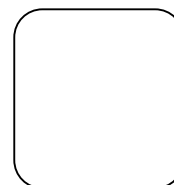
"Declaro que a la fecha no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de Vida

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. para que a partir de la firma de la presente solicitud y aun 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 datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos.

De la misma manera, la autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y para confirmar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos agravados e indemnizaciones"

Firma y huella del acudiente



Huella

Fecha _____