

VIDA GRUPO DEUDORES
CARATULA POLIZA GRUPO
Banco Serfinanza VGD

HOJA 1 de 2

INICIACION
ORIGINAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01022023-1326-P-34-000VTE56819FEB23-D001 PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL						
RAMO / PRODUCTO	POLIZA GRUPO	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
871 87101	5024425900116	93875	0	FINANCIERO	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.
TOMADOR	BANCO SERFINANZA SA			CIUDAD	BARRANQUILLA	NIT / C.C.
DIRECCION	CL 72 # 54 35			TELEFONO	3509100	8600431866
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES				CORREO ELECTRONICO	wandya207@gmail.com

INFORMACIÓN DE LA POLIZA											
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA				VIGENCIA CERTIFICADO				
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA
10	11	2025	00:00	31	10	2025	730	00:00	31	10	2025
			TERMINACION	00:00	31	10	2027		TERMINACION	00:00	31
											2027
											730

CONDICIONES PARTICULARES											
A. SE ANEXAN CONDICIONES PARTICULARES											
OTRAS CONDICIONES APLICABLES											

* SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES											
* LA SOLICITUD DE INGRESO A LA POLIZA MATRIZ DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL TOMADOR, LAS SOLICITUDES SUSCRITAS POR LOS GRUPOS ASEGURADOS, ASI COMO CUALQUIER DOCUMENTO ANEXO HARAN PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA.											
* LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION A LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.											
* LAS COBERTURAS ASI COMO LAS SUMAS ASEGURADAS SERAN REGISTRADAS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA RIESGO.											
* LA COMPAÑIA NO ESTÁ EN LA OBLIGACION DE PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO EL ASEGURADO NO HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS MÉDICOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR LA COMPAÑIA POR SUPERAR LOS LÍMITES DE EDAD O SUMA ASEGURADA, O CUANDO DECLARE TENER ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DE LA PÓLIZA, AUN CUANDO EL TOMADOR HAYA PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE.											
* CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO PARA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, SE ENTENDERÁ QUE A PARTIR DE ESE MOMENTO NO SE ENCUENTRA ASEGURADO PARA DICHO AMPARO, MANTENIÉNDOSE LA POLIZA VIGENTE PARA LOS DEMÁS EN LOS CUALES EL ASEGURADO CUMPLA LAS CONDICIONES PARA HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.											

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				
NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
CLAVE DIRECTA FINANCIERO	DIRECTO OF.	9453	6503300	0,00

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES				
--	--	--	--	--

VALORES EN DOLARES EEUU		IMPUESTOS A LAS VENTAS	TOTAL PRIMA	TOTAL A PAGAR
PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN			
APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA AL RIESGO

WWW.MAPFRE.COM.CO.				
ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB WWW.MAPFRE.COM.CO.				
EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA DETERMINAR EL MONTO DE LAS PRIMAS A PAGAR POR PARTE DEL TOMADOR, SERA LA CUENTA DE COBRO EMITIDA DIRECTAMENTE POR LA ASEGURADORA. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.				

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 116596
SOMOS AUTORRE TENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

NIT. 891.700.037-9 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

TOMADOR

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

VIDA GRUPO DEUDORES
CARATULA POLIZA GRUPO
Banco Serfinanza VGD

HOJA 2 de 2
INICIACION
ORIGINAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01022023-1326-P-34-000VTE56819FEB23-D001 PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA GRUPO	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
871 87101	5024425900116	93875	0	FINANCIERO	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.
TOMADOR	BANCO SERFINANZA SA			CIUDAD	BARRANQUILLA	NIT / C.C.
DIRECCION	CL 72 # 54 35			TELEFONO	3509100	8600431866
TIPO DE CONTRATO	SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES				CORREO ELECTRONICO	wandya207@gmail.com

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
10	11	2025	INICIACION	00:00	31	10	2025	730	INICIACION	00:00	31	10	2025	730
			TERMINACION	00:00	31	10	2027		TERMINACION	00:00	31	10	2027	

ASEGURADOS

TXT_ASEG_1
TXT_ASEG_2

BENEFICIARIOS

TXT_BENEF_1
TXT_BENEF_2

CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del Grupo Asegurado, después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de Seguro Individual, de los que la Compañía promueve, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro del mes, contado a partir de su retiro del grupo.

El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y extra prima que tuviere.

PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA

El Tomador deberá pagar dentro de los NUM_DIAS_PRIMA días contados a partir del inicio de vigencia del correspondiente certificado de cobro.

TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- A. Por el no pago de la prima, vencido el periodo de gracia
- B. A la terminación de la vigencia del seguro, si este no se renueva
- C. Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados
- D. Cuando el tomador revoque por escrito la póliza

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 116596
SOMOS AUTORETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

NIT: 891.700.037-9 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

TOMADOR

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE

01022023-1326-P-34-000VTE56819FEB23-D001