

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE

Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente	Código del agente
--------	-------------------

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación	Identidad	Pasaporte	Carné de residencia
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
		Día Mes - Año	
Estado civil	S C D V UL	Género	Masculino Femenino
Nacionalidad (es)	Profesión, oficio u ocupación	Estatura(mts)	Peso(lbs)
1			
2			
Móvil _ 1	Móvil _ 2		
Correo electrónico _ 1			
Correo electrónico _ 2			
Nombre del cónyuge (completo)			
Dirección de residencia del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro			
¿Es comerciante Individual?	Si No	Giro del negocio	
Nombre del negocio (Si aplica)			
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Tiempo de laborar
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente <input type="checkbox"/>			
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 20 De 21- 50 De 50 en adelante <input type="checkbox"/>
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si No
Detalle el nombre del cargo			
Dirección laboral del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			

III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses	<input type="checkbox"/>
V. PAGO DE INDEMNIZACIÓN			
En caso de pago por reclamación amparada por el contrato de seguro, sírvase completar la siguiente información:			
Institución Financiera		Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro
Número de Cuenta			
Cualquier beneficio que corresponde a un menor de edad, se entregará a			
Nombre completo		Identidad	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

B. DATOS DEL RIESGO		
Riesgos cubiertos	Suma asegurada	Prima
Cobertura Básica: Muerte Accidental		
Coberturas Adicionales: Salvo pacto expreso en contrario y pago de la prima adicional correspondiente Incapacidad Permanente, Total o Parcial		
Incapacidad Temporal, por día pagadera a partir del ___ día de inhabilitación		
Gastos médicos a consecuencia de accidentes deducibles del ___ por ciento, hasta		
Gastos Fúnebres		
Servicios por Asistencias diversas		
	Recargo	
	Prima	
	Por millar	
	Prima sub-total	
	Gastos de emisión	
	Total a pagar	
Cuestionario	Si	No
1. Padece usted (o ha padecido) o se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades: Desorden o trastorno neurológico, lupus esclerosis, enfermedad del colágeno, asma, fiebre de heno o cualquier trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias, gastrointestinal, del hígado de los riñones, de los órganos reproductores masculinos o femeninos (ovarios, útero, entre otros), de huesos, músculos y articulaciones; fiebre reumática, tuberculosis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastorno cardíaco, desordenes de la sangre, cáncer, tumor o quiste de cualquier clase, epilepsia, convulsiones, enfermedades mentales o nerviosas, sífilis, enfermedades del metabolismo, enfermedades o defecto de la vista y oído, glaucoma, mutilaciones o deformaciones físicas, problemas con el peso, problemas con drogas y SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Realiza o planea participar en alguno de los siguientes deportes: alpinismo, buceo, paracaidismo, boxeo, algún tipo de carreras (excepto las pedestres), algún tipo de deporte aéreo, bungee jumping, practica fútbol, béisbol, esquí acuático o deportes similares o algún deporte arriesgado que no se haya mencionado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Maneja moto o vehículos similares, piloteado alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales?		

4. Se le ha rechazado, diferido, modificado, rehusado la renovación o recargado alguna vez o está pendiente alguna solicitud de seguro de vida, contra accidentes y enfermedades o de rehabilitación en alguna otra compañía?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha reclamado anteriormente algún beneficio de póliza de Accidente, Enfermedades, o por Invalidez en póliza de vida?					
6. Ha sufrido alguna operación o ha estado ingresado en algún hospital en los últimos 5 años?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de las anteriores, favor detallar a continuación	Número de pregunta	Fecha	Nombre del médico y centro de atención		
Beneficiarios designados en caso de muerte:					
Nombre		Parentesco		Porcentaje	
Beneficiarios contingentes:					
Nombre		Parentesco		Porcentaje	

I. PRIMAS

Prima	
Gastos de emisión	
Impuesto	
Prima anual total de seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.
7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte integra del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.
8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del asegurado

Firma del agente