

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

- Adición de dependiente
 Reinstalación

Favor leer y completar la siguiente información

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

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno		Apellido Casada	
Fecha de Nacimiento (día-mes-año)			Lugar de Nacimiento			N° Identidad		Seguro Social	
Sexo	Estado Civil		Dirección de Residencia						
Edificio		N° Apto. Casa			Teléfono Residencia		Teléfono Celular		
Apartado Postal		Zona		E-mail		Profesión		Ocupación	Salario L.
En que consiste su ocupación?							Lugar de Trabajo		
Fecha de Ingreso como Empleado				Teléfono Oficina			Estatura	Peso	

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
I. Muerte Accidental	Lps. _____	Lps. _____
II. Incapacidad total y permanente	Lps. _____	Lps. _____
III. Incapacidad temporal, por día pagadera a partir Del _____ día de inhabilitación	Lps. _____	Lps. _____
IV. Reembolso por Gastos Médicos Deducibles del _____ por ciento, hasta	Lps. _____	Lps. _____
Recargo por Lps. _____	Prima: _____	Lps. _____
	Por millar: _____	Lps. _____
	Prima Sub-Total: _____	Lps. _____
	Gastos de emisión: _____	Lps. _____
	Total a pagar: _____	Lps. _____

CUESTIONARIO

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?		
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 futbol, béisbol, esquí acuático o deportes similares o algún deporte arriesgado que no se haya mencionado?		
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?		

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?			
Si contestó afirmativo (SI) a alguna de las preguntas, favor detallar			
Pregunta No.	Fecha	Nombre del Médico y lugar de atención	
Beneficiario(s) en caso de muerte	Parentesco	Dirección	Distribución
Contingente(s)			
Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad, Se entregará a:		Quien ha sido instruido(a) sobre la forma en que deberá disponer a favor del menor de la (s) suma (s) asegurada (s) que reciba de la Asegurada.	
Y como contingente a:			

ORDEN Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN: Por este medio instruyo y autorizo a médicos, enfermeras, clínicas de atención médica y hospitales y laboratorios públicos o privados o de la Caja de Seguro Social y a sus empleados o funcionarios, aseguradoras, instituciones financieras, centrales de acopio de información, agencias de información de datos y a los agentes económicos que mantengan o manejen datos de historial de crédito, patronos, empresas u oficinas o instituciones o asociaciones públicas o privadas y funcionarios o empleados de las mismas - nacionales - extranjeras y a cualquier persona que por cualquier razón la posea, para que suministren y revelen y entreguen a MAPFRE, durante mi vida, y especialmente después de mi fallecimiento a su requerimiento y tantas veces como lo estime necesario sin que se le pueda exigir el cumplimiento de otra formalidad que no sea el que lo solicite por escrito en papel simple acompañado fotocopia de este documento, toda la información y documentación posean en el presente o que reciban en el futuro sobre: a) el estado de mi salud y mis requerimientos de suministros y tratamientos y atenciones médicas y hospitalarias; b) mi situación financiera o económica y c) una relación de las experiencias comerciales y personales mantenidas conmigo, para la que relevo y libero a todas esas personas de toda responsabilidad que se le pueda atribuir por suministrar y revelar y entregar dicha información y documentación.

El suministro de la información arriba mencionada es esencial para que MAPFRE pueda hacer una justa valoración de la solicitud de seguro y de cualquier reclamación futura que se presente una vez emitida la póliza.

También autorizamos al corredor de seguros designado en esta solicitud, para que se le suministre cualquier información sobre mi estado de salud, resultados de exámenes médicos o de laboratorios, mi situación financiera, para que se le haga y entregue cualquier notificación o comunicación con relación al resultado de la evaluación de esta solicitud de seguro. El Contratante autoriza que cualquier comunicación o notificación que se le tenga que hacer, de acuerdo con los términos y condiciones de la póliza, una vez emitida, si es el caso, y/o por disposición de la Ley, se le haga y entregue al mencionado corredor de seguros.

Yo por este medio hago constar que todas las declaraciones y respuestas contenidas en este formulario son completas y veraces; que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud y convengo que la Compañía dispondrá de 30 días para considerar y dar curso a la presente. Que si se emitiere póliza, ésta no entrará en vigor hasta tanto no le haya sido entregada al Contratante mientras se encuentre en vida el Asegurado y haya sido cubierta la primera prima. Que en caso que se emita póliza en virtud de esta solicitud mis ingresos por mi trabajo o mi participación de negocios me permiten hacer frente al pago puntual de mis obligaciones crediticias.

En relación con las declaraciones anteriores y especialmente con la prevención que antecede, hago constar que se me ha entregado que la fecha de nacimiento y la(s) suma(s) en la solicitud, además de los otros datos declarados, se consideran por esta Compañía como esenciales y determinantes para tramitación y aceptación de su caso de oferta y que el Asegurado Propuesto se someterá a los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

Que esta solicitud tendrá un período de vigencia de noventa (90) días a partir de la fecha en que se firmó la misma. Transcurrido dicho período, sin haber recibido de la Compañía noticia por escrito con relación a esta solicitud, la misma se tendrá por declinada retroactivamente a la fecha de la solicitud.

Facilitamos el Pago de sus Pólizas

Ponemos a su disposición las mejores opciones para el pago de sus primas, de forma que garantice la cobertura de sus pólizas, mediante:

1. Cargo Automático a Tarjeta de Crédito. Pague sus primas mediante Cargo a su tarjeta, o de acuerdo a la forma de pago contratada en la póliza, trabajamos con todas las tarjetas del mercado, elija la de su conveniencia:



2. Extra financiamiento. Si eres tarjetahabiente de Credomatic o Banco Promerica, paga tus primas con 0% de intereses, con plazos hasta de 12 meses.



Completa el Formulario de Autorización para el pago mediante Tarjeta de Crédito y acumula puntos de acuerdo a los programas vigentes con su proveedor de tarjetas.

Fechado en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre del Asegurado Propuesto

Firma del Asegurado Propuesto

Cédula

Firma del contratante/ Representante Legal

Cédula