

**Solicitud de Inscripción para Seguro Colectivo de Vida**

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

De acuerdo con las condiciones de la Póliza Colectiva de Vida No. \_\_\_\_\_ Expedida a nombre de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ R.T.N. \_\_\_\_\_ Solicito \_\_\_\_\_ Inscribir como  
 Asegurado a \_\_\_\_\_ No. Identidad \_\_\_\_\_  
 No. de Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Quien ingresó el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ con carácter de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ y con remuneración mensual de L. \_\_\_\_\_  
 La suma Asegurada correspondiente será de L. \_\_\_\_\_ calculada conforme lo establecido en la Cláusula DECIMA SÉPTIMA  
 de las condiciones Generales de Póliza.  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ El Contratante \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado y, para los efectos Correspondientes, proporciono los datos a que se refiere el siguiente:

**CUESTIONARIO**

Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	de	de	Edad:	años.
Residencia:					
Profesión:	Ocupación:	Estado Civil:			
Estatura:	metros.	Peso:	Libras.		
Designo beneficiario(s) del Seguro a:					
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN		DISTRIBUCIÓN	

CESIONARIO \_\_\_\_\_

“Si al momento de mi fallecimiento alguno o algunos de los beneficiarios es menor de edad, la parte que le(s) corresponda será entregada a: \_\_\_\_\_, portador de la cédula de identidad No. \_\_\_\_\_ Quien ha sido instruido por mí sobre la forma en que deberá proceder con la(s) suma(s) que reciba de la Aseguradora, sin que por esto se considere a dicha persona como beneficiaria. De ser el caso, la Aseguradora continuará pagando las sumas producto del seguro a la persona antes indicada, a menos que una orden judicial determine lo contrario que el o los beneficiarios, llegada su mayoría de edad, demuestren este hecho a satisfacción de la Aseguradora, en cuyo caso, y de solicitárselo por escrito a esta última, podrá pagar directamente al o a los beneficiarios designados que hayan cumplido con los requisitos anteriores.”

**ANTECEDENTES DE SALUD**

1. Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes? \_\_\_\_\_
2. Ha estado en tratamiento u observación con algún médico, hospital o clínica? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
3. Si la respuesta para alguna de las dos preguntas que antecede es afirmativa, indíquese la enfermedad, lesión o tratamiento y el nombre del médico que lo atendió \_\_\_\_\_

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos, acepto que sirvan de base para la inscripción solicitada. Autorizo a todo Médico u Hospital que me haya atendido en la recuperación de mi salud para suministrar a MAPFRE, Los informes que requiera en relación con este seguro, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros respecto a mi persona. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como original.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ Asegurado \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**OBSERVACIONES**

<b>CLASIFICACION MEDICA</b>	<b>CLASIFICACION TÉCNICA</b>
FIRMA	FIRMA

**NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 4 MESES**