

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE PERSONAS

Antes de llenar la Solicitud, leer Requisitos de Emisión

1.TIPO DE SEGURO A CONTRATAR

Accidentes
 Vida
 Asistencia Funeraria
 Fecha inicio Póliza

2.DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres o Razón Social C.I. / R.I.F.

Teléfono Teléfono celular Dirección de correo electrónico

3.FORMA DE PAGO

Financiado Cargo en cuenta (llenar autorización) Corriente Ahorro
 Contado: Tarjeta de crédito Visa Master Vencimiento _____
 Efectivo Cheque N de cuenta _____ Banco _____
 Frecuencia de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

4.DATOS DEL SOLICITANTE (ASEGURADO TITULAR)

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Sexo M F

C.I. V Lugar y País de Nacimiento Fecha de Nacimiento Estado Civil S D
 E C V

Profesión Ocupación Actual Ingreso promedio mensual

Dirección de Habitación Teléfono Teléfono celular

Dirección de Correo Electrónico Dirección de Cobro

Teléfono

5.PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA POLIZA

Persona N	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre e Inicial del Segundo	Cedula de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Fecha de Inclusión
1	ASEGURADO TITULAR						
2							
3							
4							
5							
6							

NOTA: Colocar información de las personas a ser incluidas en la póliza de acuerdo al número con el cual fueron identificadas en el recuadro anterior

Persona N	Estado Civil				Parentesco	Zurdo Si / No	Ocupación	Deporte que Practica	Peso	Estatura
	S	C	V	D						
1	ASEGURADO TITULAR						ASEGURADO TITULAR			
2										
3										
4										
5										
6										

Firma del Solicitante _____

6.DATOS SOBRE EL GRUPO A ASEGURAR

Usted o alguna de las personas a asegurar (según el número con el cual fueron identificados en el recuadro 5)

¿Realiza o piensa realizar vuelos en aeronaves? Indique la persona y tipo de aeronave Si No

Pasajero Piloto o Tripulación Aviación Comercial Civil Militar Privado

¿Tiene pólizas de Vida, Accidentes o Funeraria en vigor o en proceso de emisión ? Si No
Indique compañía, nro. de póliza, capital asegurado y la persona

¿Cotiza seguro social obligatorio ? Indique la persona Si No

¿Practica algún deporte como profesional ? Indique cual y que persona Si No

Alguna solicitud de Vida, Accidentes Personales, Asistencia Funeraria o de Salud ha sido rechazada, pospuesta, recargada en la prima, limitada en la cobertura o retirada voluntariamente ? Indique causa, Compañía, fecha y persona. Si No

7.DECLARACION DE SALUD

USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A ASEGURAR EN LA POLIZA

1. ¿Padece o ha padecido; esta siendo o ha sido tratado por alguna enfermedad en los últimos dos años? Si No

2. ¿Presenta algún defecto físico, mutilación o deformación? Si No

3. ¿Debe practicarse alguna intervención quirúrgica, tratamiento, consulta o examen medico que no se haya Efectuado hasta la fecha? Si No

4. ¿Se encuentra delicado de salud? Si No

5. ¿Se encuentra en estado de gravidez ? Si No

6. ¿Padece o esta siendo tratado a consecuencia del síndrome de inmuno deficiencia adquirida ? Si No

7. ¿ Ha sufrido o sufre alguna de las siguientes enfermedades:
Parálisis, esclerosis múltiple, derrame o infarto cerebral, insuficiencia renal? Si No

8. ¿ Consume bebidas alcohólicas ? (indique tipo, cantidad y frecuencia ? Si No

9. ¿Fuma? Tipo y cantidad diaria. Si No

10. ¿ Si la compañía considera necesario obtener información mas completa de su estado de salud o de las personas a asegurar en la póliza, a fin de poder efectuar una mejor evaluación del riesgo ¿Estarían dispuestos a someterse a examen medico con nuestros médicos examinadores ? Si No

Favor dar detalles de cada pregunta contestada afirmativamente en esta sección

Persona N	Preg. N	Causa o diagnostico	Fecha de Inicio	Duración (Meses)	Tratamiento Si / no	Nombre del Medico	Nombre de la clínica

8.SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURAS

CAPITAL ASEGURADO

	CAPITAL ASEGURADO		
	Titular	Cónyuge	Hijos
Muerte Accidental			
Invalidez Permanente			
Incapacidad Temporal			
Gastos Médicos			
Gastos de Entierro			
Cobertura progresiva por invalidez permanente			
% De incremento beneficio ampliado			
% De incremento de cobertura fallecimiento conjunto			

Renta de Amparo Familiar				
	Monto	Duración	% De crecimiento	Tipo Crecimiento
				Aritmético Geométrico
Titular				
Moneda		<input type="checkbox"/> US \$	<input type="checkbox"/> Bs.	

9.SEGURO DE VIDA				
Coberturas	Capital Asegurado	Plan	Duración Años	Prima Pagar
Muerte				
Muerte o invalidez permanente Por accidente				
Incapacidad absoluta y permanente				
Enfermedad grave				
Moneda		<input type="checkbox"/> US \$ <input type="checkbox"/> BS	% De crecimiento	Tipo de Crecimiento: <input type="checkbox"/> Aritmético <input type="checkbox"/> Geométrico

Renta de Amparo Familiar				
	Monto	Duración	% De crecimiento	Tipo Crecimiento
				Aritmético Geométrico
Titular				

10.SEGURO DE ASISTENCIA FUNERARIA			
Cobertura / Tipo de Plan	Capital Básico Asegurado	Duración del Seguro	Capital Opcional Asegurado
Moneda		<input type="checkbox"/> US \$	<input type="checkbox"/> BS

11.BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR							
Apellidos	Nombres	Cedula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% De Participación		
					Vida	Accidente	Funeraria
La suma del porcentaje (%) de participación debe ser cien (100%), de no cumplirse esto, se repartirá el capital asegurado entre los beneficiarios, en partes iguales.					100 %	100 %	100 %

12.PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA	
Autorizo a depositar en la cuenta de _____ C.I. _____	
Nro. _____ <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro del banco _____,	
El importe correspondiente al pago de cualquier siniestro.	

13.DECLARACION
<p>El solicitante declara: a) que esta solicitud de seguros, ha sido complementada y cumplimentada exclusivamente por el, la cual servirá de base a MAPFRE La Seguridad, C.A. de Seguros, para la emisión de la póliza y el cobro de prima correspondiente; b) que las declaraciones formuladas en esta solicitud de seguros, son verídicas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna; c) que informara por escrito a MAPFRE La Seguridad, C.A. de Seguros, cualquier hecho que modifique la información suministrada en esta solicitud de seguros: d) que autoriza a MAPFRE La Seguridad, C.A. de Seguros, para requerir cualquier información a médicos, clínicas u hospitales, relacionadas con el estado de salud del asegurado titular y demás personas aseguradas, eximiendo a tales entes del secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.</p> <p>Y yo, _____, C.I. N _____ en mi carácter de tomador de la póliza o, representante del tomador (persona jurídica con Rif N _____), declaro: que el dinero que será utilizado para el pago de la prima, provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas a que se refiere la Ley Orgánica de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.</p> <p>Lugar y fecha _____ hora _____</p>

Firma del Solicitante _____

Firma y huella del Solicitante (Asegurado Titular)	Firma y huella del Cónyuge del Solicitante	Firma y sello del Tomador	Nombre, código y Firma del Productor
---	---	------------------------------	---

REQUISITOS DE EMISION

1. Solicitud de seguros sin borrones o enmendaduras, no escribir en los espacios sombreados. Firmas idénticamente igual como aparecen en las respectivas cédulas de identidad.
2. El cónyuge del solicitante o quien haga sus veces, es asegurable en el seguro de accidentes personales y seguro de asistencia funeraria, siempre y cuando firme esta solicitud de seguro
3. Fotocopias de las cédulas de identidad de las personas a asegurar.
4. Solicitud de seguros sujetas a prueba de asegurabilidad, con base a la información suministrada por el solicitante.
5. Información complementaria detallada, en caso de practica de deportes u ocupación riesgosa.
6. Informe medico en caso de respuestas afirmativas en la declaración de salud, sobre tratamiento.
7. Cotización, si existe.

SOLO PARA USO DE LA COMPAÑIA

Vigencia desde	Vigencia hasta	Examen Medico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Información Adicional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipo de información adicional		Opinión Medica	
Solicitud <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Pospuesta <input type="checkbox"/> Rechazada por			Fecha