

**MAPFRE | VENEZUELA**MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS
RIF N° J-00021410-7**SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO
COLECTIVO DE VIDA**

SOLICITUD N°
POLIZA N°
CERTIFICADO N°

ESPACIO SOMBRADO SOLO PARA USO DE LA COMPAÑÍA (POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE Y SIN ENMENDADURA)

DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE O RAZON SOCIAL	N° DE RIF.	FECHA DE EFECTO
-----------------------	------------	-----------------

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
C.I. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD DE/PAIS DE NACIMIENTO
EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA
DEPORTES QUE PRACTICA		INGRESO <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> DIARIO	
DIRECCION DE HABITACION CALLE/AVENIDA			
EDIFICIO/CASA	PISO/APARTAMENTO N°	SECTOR/URBANIZACION	
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	APARTADO POSTAL
		COD. DE AREA/TELEFONO	

COBERTURAS SOLICITADAS

COBERTURAS	CAPITAL ASEGURADO
MUERTE	
PAGO DEL CAPITAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (P.C.I.)	
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (D.I.)	
BENEFICIO POR FALLECIMIENTO (G.E.)	

DECLARACION DE SALUD

1. PESO (KG)	
2. ESTATURA (MTS)	
3. ¿SE ENCUENTRA UD., EN BUEN ESTADO DE SALUD?. DETALLE SI SU RESPUESTA ES NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. ¿PADECE O HA PADECIDO; ESTA SIENDO O HA SIDO TRATADO POR ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS DOS(2) ULTIMOS AÑOS? ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. PRESENTA ALGUN DEFECTO FISICO, MUTILACION O DEFORMACION, ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. ¿SE LE HA RECOMENDADO PRACTICARSE ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA, TRATAMIENTO, CONSULTA O EXAMEN MEDICO QUE NO SE HAYA EFECTUADO HASTA LA FECHA? ¿CUAL?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7. ¿HA RECIBIDO O ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO RELACIONADO CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA(V.I.H) O POR INFECCIONES RELACIONADAS CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

8. SI LA COMPAÑIA CONSIDERA NECESARIO OBTENER INFORMACION MAS COMPLETA DE SU ESTADO DE SALUD, A FIN DE PODER EFECTUAR UNA MEJOR EVALUACION DEL RIESGO, ¿ESTARIA UD. DISPUESTO A SOMETERSE A UN EXAMEN MEDICO CON NUESTROS MEDICOS EXAMINADORES?

SI NO

9. ¿ALGUNA SOLICITUD SUYA PARA SEGURO DE VIDA, HCM O ACCIDENTES PERSONALES HA SIDO RECHAZADA, POSPUESTA, RECARGADA EN LA PRIMA, LIMITADA EN LA COBERTURA O RETIRADA POR UD. MISMO?

SI NO

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

SE RECOMIENDA NO DESIGNAR A MENORES DE EDAD COMO BENEFICIARIOS O AUTORIZAR POR ESCRITO A UN REPRESENTANTE PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS A QUE HUBIERE LUGAR

APELLIDOS	NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	% DE PARTICIPACION

AUTORIZACION

DECLARO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERIDICAS EN TODAS SUS PARTES Y QUE UNA DECLARACION FALSA O RETICENCIA DE MI PARTE, IMPLICARIA LA NULIDAD DEL SEGURO DEL CUAL ESTA SOLICITUD ES PARTE INTEGRANTE Y LIBERARIA A **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS**, DE TODA OBLIGACION DERIVADA DE ESTA POLIZA.

AUTORIZO A **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS**, PARA OBTENER CUALQUIER INFORMACION RELACIONADA CON MI ESTADO DE SALUD DE TODOS LOS MEDICOS, CLINICAS U HOSPITALES QUE ME HAYAN ASISTIDO O ME ASISTAN EN EL FUTURO Y RELEVO A TODOS ELLOS DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL Y DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUEDA DERIVARSE DE TALES INFORMACIONES. ADEMAS CONVENGO EN QUE LA COMPAÑIA NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN Y ENTREGA DE MI CERTIFICADO DE SEGURO, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE SOLICITUD, DECLARA: QUE EL DINERO QUE SERA UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA, PROVENDRA DE UNA FUENTE LICITA Y POR TANTO NO TIENE RELACION ALGUNA CON DINERO, CAPITALES, BIENES, HABERES, VALORES O TITULOS, PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES ILICITAS A QUE SE REFIERE LA LEY ORGANICA DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS.

LUGAR Y FECHA _____ HORA _____

CODIGO Y FIRMA DEL INTERMEDIARIO	FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE	FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USOS EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA COBERTURAS SOLICITADAS

COBERTURAS	TASA	RECARGO SALUD	RECARGO OCUPACION	PRIMA ANUAL
MUERTE				
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE(P.C.I)				
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (D.I)				
GASTOS DE ENTIERRO				
FECHA				