



## SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

### 1. DATOS DE LA POLIZA

NUMERO DE POLIZA	CONTRATANTE	CERTIFICADO N°
------------------	-------------	----------------

### 2. DATOS DEL TOMADOR

APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL					
N° RIF./C.I. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN	
OCUPACIÓN ACTUAL		CÓDIGO	FECHA DE INGRESO EMPRESA	INGRESO PROMEDIO MENSUAL	
PLAN	CLASE	TRABAJA ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ADOLECE DE <input type="checkbox"/> DEFORMACIONES	<input type="checkbox"/> MUTILACIONES <input type="checkbox"/> DEFECTOS FÍSICOS	CUALES?
QUÉ ENFERMEDAD PADECE EN LA ACTUALIDAD?			QUÉ ENFERMEDADES HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?		

### 3. FORMA DE PAGO

<input type="checkbox"/> FINANCIADO	CARGO EN CUENTA (LLENAR AUTORIZACION)	<input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> AHORRO
CONTADO:	TARJETA DE CREDITO	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER VENCIMIENTO _____
<input type="checkbox"/> EFECTIVO	<input type="checkbox"/> CHEQUE	N° DE CUENTA _____	BANCO _____

### 4. COBERTURAS

COBERTURAS Y ANEXOS	SUMA ASEGURADA BS.	TASA	PRIMA	DEDUCIBLE	DESCUENTO
MUERTE					
INCAPACIDAD PERMANENTE					
INCAPACIDAD TEMPORAL					
GASTOS MÉDICOS					

MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 12 E0301019-04/05

**5. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (CON DERECHO A CRECER)**

PERSONA N°	APELLIDOS	NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	RELACIÓN O PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

**6. DECLARACION**

EL SOLICITANTE DECLARA: A) QUE ESTA SOLICITUD DE SEGUROS, HA SIDO COMPLEMENTADA Y CUMPLIMENTADA EXCLUSIVAMENTE POR EL, LA CUAL SERVIRA DE BASE A **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS**, PARA LA EMISION DE LA POLIZA Y EL COBRO DE PRIMA CORRESPONDIENTE; B) QUE LAS DECLARACIONES FORMULADAS EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS, SON VERIDICAS EN TODAS SUS PARTES, SIN HABER INCURRIDO EN OMISION O RETICENCIA ALGUNA; C) QUE INFORMARA POR ESCRITO A **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS**, CUALQUIER HECHO QUE MODIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS; D) QUE AUTORIZA A **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS**, PARA REQUERIR CUALQUIER INFORMACION A MEDICOS, CLINICAS U HOSPITALES, RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO TITULAR Y DEMAS PERSONAS ASEGURADAS, EXIMIENDO A TALES ENTES DEL SECRETO PROFESIONAL Y DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUEDA DERIVARSE DE TALES INFORMACIONES.

Y YO, \_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_ EN MI CARACTER DE SOLICITANTE DE LA POLIZA O, REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE (PERSONA JURIDICA CON RIF N° \_\_\_\_\_), DECLARO: 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, CAPITALS, BIENES, HABERES, VALORES O TITULOS, PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES ILCITAS A QUE SE REFIERE LA LEY ORGANICA DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE (ASEGURADO TITULAR)	FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DEL PRODUCTOR
--	-------------------------------	---

Aprobado por el Ministerio de Hacienda Superintendencia de Seguros según Oficio N° 358 de fecha 05 de marzo de 1976