



**MAPFRE | VENEZUELA**

MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS  
RIF N° J-00021410-7

FECHA DE SOLICITUD

### 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 <i>Salazar Contreras Victoria Sofia</i>					
N° RIF./C.I.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESION	
<input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <i>84.136.248</i>	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	<i>18-10-1984</i>	<i>32</i>	<i>Psicólogo</i>	
OCUPACION ACTUAL		CODIGO	FECHA DE INGRESO EMPRESA	INGRESO PROMEDIO MENSUAL	
<i>Psicólogo</i>				<i>Bs. 30.000,00</i>	
PLAN	CLASE	TRABAJA ACTUALMENTE?	ADOLECE DE	MUTILACIONES	
		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DEFORMACIONES	<input type="checkbox"/> DEFECTOS FISICOS	
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					

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 12  
MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A.  
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	Fermin Salazar	Alfredo	30146238	Sobrino	100%
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, Victoria Sofia Salazar C. C.I. N° 84136248 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, 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 Caracas, 01 de Junio de 2016 HORA 2:00 p.m.

FIRMA DEL SOLICITANTE  
(ASEGURADO TITULAR)

*[Handwritten signature]*

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DEL  
PRODUCTOR