

Solicitud Seguro de Accidentes Personales y Asistencia en Viajes

Datos del Contratante															
Tipo Documento: <input type="checkbox"/> Cedula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC					No. Documento:										
Nombres:					Apellidos:										
Dirección:		Calle:			Número:										
		Sector:		Residencial:		Apto:		Provincia/ Ciudad:							
Teléfono Residencia:				No. Poliza:			No. Certificado								
Datos Generales del Solicitante															
Nombres:					Apellidos:										
Dirección:		Calle:			Número:										
		Sector:		Residencial:		Apto:		Provincia/ Ciudad:							
Tipo Documento: <input type="checkbox"/> Cedula <input type="checkbox"/> Pasaporte					No. Documento:										
Fecha Nacimiento: Día Mes Año			Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino										
Lugar de nacimiento:					Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a										
Telefono(s):			Estatura (_pies_pulg):			Peso (_lbs):									
Empresa donde labora:					Actividad del negocio:										
Profesion u oficio:				Deberes exactos:											
Datos del Viaje															
Destinos:					Motivo: <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Placer										
Duración: Desde:				Hasta:		<input type="checkbox"/> Otros:									
Día/Mes/Año				Día/Mes/Año											
Especificaciones del Seguro Solicitado															
Tipo de Poliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar				Prima Total:											
Plan Elegido: <input type="checkbox"/> Internacional I <input type="checkbox"/> Embajadas <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Viajes Nacionales <input type="checkbox"/> Cruceros															
<input type="checkbox"/> Internacional II <input type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Estudiantes <input type="checkbox"/> Turismo Receptivo <input type="checkbox"/> Cruceros & Asistencia															
Beneficiario (s)															
Nombres		Apellidos			Parentesco		% Asignado								
1															
2															
3															
Dependientes Plan Familiar															
Nombre Completo		Fecha Nacimiento		Cedula			Parentesco								
1															
2															
3															
4															
Preguntas de Asegurabilidad. Coloque en la casilla del asegurado correspondiente una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa								Número de Solicitante							
								0	1	2	3	4	5	6	7
a. ¿Ha sufrido usted o algunos de sus dependientes desórdenes nerviosos, enfermedades del corazón, del sistema nervioso, diabetes, cáncer, enfermedades de los riñones, hígado, ulcera, presión alta o baja, enfermedades de órganos femeninos, afecciones de la próstata, enfermedades del sistema respiratorio, trastornos inmunológicos o padecimientos relacionados con el VIH o SIDA, esta embarazada o cualquier otra enfermedad o condición de salud no mencionada anteriormente?															
b. ¿Usted o alguno de sus dependientes practica, ha practicado o piensa practicar paracaidismo, pesca submarina, carrera de velocidad, deportes de alto riesgo u otra actividad obviamente peligrosa; o se dedica a la política o al servicio militar?															
En caso afirmativo, favor ofrecer los siguientes detalles:															
Número de Solicitante		Padecimiento		Fecha		Tratamiento		Nombre del Médico y/o Hospital							
Por la presente certifico que todas las informaciones y declaraciones suministradas en esta página y en su reverso son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se funda MAPFRE BHD para emitir la póliza que solicito. Entiendo que cualquier respuesta falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Además convengo en que el presente contrato no entrará en vigor hasta que MAPFRE BHD haya aprobado la solicitud y recibido el pago de la prima correspondiente.															
Autorizo a Mapfre BHD Seguros a investigar y/o suministrar a los centros de información crediticia toda la información relacionada con mi historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de mi crédito con motivo de esta póliza.															
Solicitante			Intermediario			Codigo		Fecha: _____							
								Día/Mes/Año							
Contratante				Fecha Aceptación: _____											
								Día/Mes/Año							