

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

F-ACP-01

Datos del Contratante

Tipo Documento: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC		No. Documento:	
Nombres:		Apellidos:	
Dirección:	Calle:	Número:	
	Sector:	Residencial:	Apto: Provincia/ Ciudad:
Teléfono Residencia:	Celular:	Teléfono Oficina:	

Datos Generales del Solicitante

Tipo Documento: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		No. Documento:	
Nombres:		Apellidos:	
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Fecha Nacimiento: Día : Mes: Año:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nacionalidad:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a	
Ocupación:	Profesión:	Estatura: Pies Pulgs. Lbs.	
Dirección Residencia:	Calle:	Número:	
	Sector:	Residencial:	Apto: Provincia/ Ciudad:
Teléfono Residencia:	Celular:	Teléfono Oficina:	
Teléfono Fax:	E-mail:		
Empresa donde labora:		Sueldo Mensual RD\$:	
Dirección Oficina:	Calle:	Número:	
	Sector:	Residencial:	Apto: Provincia/ Ciudad:
Dirección donde desea recibir sus documentos: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencia			
Otros Ingresos:		Provenientes de:	

Datos Dependientes a Asegurar (Plan Familiar)

Nombre Completo	Sexo	Fecha Nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco	Cédula / Pasaporte
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Declaración de Asegurabilidad del Solicitante

1. ¿Vuela usted en avión privado? Si No En caso afirmativo, ¿Cuántas horas vuela al año? _____

2. ¿Conduce usted motocicleta? Si No

3. ¿Usted o alguna de las personas a asegurarse practica, ha practicado o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa tales como aviación, pesca submarina, paracaidismo, montañismo, carreras de automóvil u otra no indicada anteriormente? Si No En caso afirmativo indique cual o cuales personas y detalle: _____

4. ¿Posee el solicitante otro seguro de accidente en vigor? Si No

En caso afirmativo, indique: Compañía: _____ Suma asegurada: _____

5. ¿Le ha sido cancelada alguna póliza y/o solicitud de seguro de vida, salud o accidentes? Si No

En caso afirmativo, Indique motivo: _____

6. ¿Posee usted alguna solicitud de seguro de vida, salud o accidentes personales, pendiente de aprobación o rehabilitación? Si No

En caso afirmativo, indique: Compañía: _____ Suma asegurada: _____

7. ¿Ha sufrido usted o alguno de sus dependientes un accidente, o padece (n) de alguna enfermedad o desordenes de los músculos, huesos, coyunturas, columna vertebral, espalda y las articulaciones, mutilación; desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, dolor de cabeza y otras enfermedades o desordenes del cerebro, del sistema nervioso o trastornos mentales; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del corazón, defecto en los ojos u oídos, u otra condición de salud o física no indicada anteriormente que pudiera representar un riesgo de ocurrencia de accidente? Si No

En caso afirmativo, indique los siguientes detalles:

Nombre	Padecimiento	Fecha	Tratamiento y Resultado Eventual	Nombre del Médico y/o Hospital

Beneficiarios del Solicitante

Nombres	Apellidos	Parentesco	% asignado

Datos del Seguro

Plan Elegido: Individual Familiar Profesional **Prima anual:**

Forma de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Especificaciones del Seguro Solicitado

Planes Disponibles				Otras condiciones de coberturas:	
Opción 1	RD\$	<input type="checkbox"/> 300,000	Opción 6	US\$	<input type="checkbox"/> 100,000
Opción 2	RD\$	<input type="checkbox"/> 500,000	Opción 7	US\$	<input type="checkbox"/> 250,000
Opción 3	RD\$	<input type="checkbox"/> 1,000,000	Ver adjunto a esta solicitud de seguro la cotización No.:		
Opción 4	RD\$	<input type="checkbox"/> 2,500,000	_____		
Opción 5	RD\$	<input type="checkbox"/> 5,000,000			

Datos Bancarios (Para fines de cargo a cuenta o tarjeta de crédito)

Debitar a: Cuenta Corriente Cuenta de Ahorro Tarjeta Crédito **Institución Bancaria:**

Tipo de Tarjeta: Visa Master Card American Express **Tarjeta No.:**

Fecha Expiración Tarjeta: _____ **Cuenta No.:**

El solicitante:
(a) Certifica 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 MAPFRE BHD | Seguros, emite la póliza que solicitó. Entiende que cualquier respuesta falsa, inexacta o reticencia causará la nulidad de la misma. Además, conviene que el presente contrato no entrará en vigor hasta que MAPFRE BHD | Seguros haya aprobado la solicitud y recibido el pago de la prima correspondiente.
(b) Autoriza expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que lo haya atendido o haya sido consultado por el o por sus dependientes, para que suministre a MAPFRE BHD | Seguros toda información que ésta considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.
(c) Autoriza a la entidad financiera para que realice el débito de su cuenta de ahorros, corriente o el cargo de su tarjeta de crédito arriba señalada, de la suma a que a que haya lugar, según la periodicidad de pago de prima seleccionada y de acuerdo al plan escogido.
(d) Autoriza a Mapfre BHD Seguros a investigar y/o suministrar a los centros de información crediticia toda la información relacionada con su historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de su crédito con motivo de esta póliza.

Día/ Mes/ Año

Firma del Solicitante

Código del Intermediario

Firma del Intermediario