

## Solicitud Seguro Escolar de Accidentes Personales

### Datos Generales del Solicitante

Nombre de la institución \_\_\_\_\_ RNC \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle/número Apartamento/edificio

\_\_\_\_\_ Sector Ciudad

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Director \_\_\_\_\_

Persona a Contactar \_\_\_\_\_

**Tanda** **Horario**

**Horario escolar**  Matutina De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Vespertina De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Nocturna De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

### Asegurabilidad del Solicitante

A. ¿Posee transporte escolar?  Si  No Si es afirmativo indicar:  
 Tipo de vehículo \_\_\_\_\_  
 Cantidad \_\_\_\_\_ Capacidad \_\_\_\_\_

B. ¿Realizan excursiones?  Si  No  Locales  Regionales  
 ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

C. Cantidad de: Alumnos \_\_\_\_\_ Profesores \_\_\_\_\_

D. Indique la(s) clínica(s) más cercana a la institución:

Nombre	Teléfono
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Antecedentes del Solicitante

E. ¿Posee el solicitante otro seguro de accidente en vigor?  Si  No  
 En caso afirmativo, indique: Suma asegurada \_\_\_\_\_  
 Compañía \_\_\_\_\_

Fecha emisión \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

F. ¿Posee alguna solicitud de Seguro de Vida, Salud o Accidentes Personales, pendiente de aprobación o rehabilitación?  Si  No  
 Compañía \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_

### Seleccione el Plan Deseado

 **Opción I**

Coberturas	Sumas Aseguradas		
	<input type="checkbox"/> Plan A	<input type="checkbox"/> Plan B	<input type="checkbox"/> Plan C
Muerte Accidental	RD\$ 30,000	RD\$ 50,000	RD\$ 100,000
Desmembramiento	RD\$ 30,000	RD\$ 50,000	RD\$ 100,000
Gastos Médicos	RD\$ 3,000	RD\$ 5,000	RD\$ 10,000
Gastos Odontológicos	RD\$ 1,500	RD\$ 2,500	RD\$ 5,000
Prima Horario Escolar*	RD \$ 50.00	RD \$ 65.00	RD \$ 135.00
Prima 24 Horas*	RD \$ 60.00	RD \$ 95.00	RD \$ 195.00

\*Prima anual, por persona asegurada.

 **Opción II**

Coberturas	Sumas Aseguradas		
	<input type="checkbox"/> Plan A	<input type="checkbox"/> Plan B	<input type="checkbox"/> Plan C
Muerte Accidental	RD\$ 30,000	RD\$ 50,000	RD\$ 100,000
Desmembramiento	RD\$ 30,000	RD\$ 50,000	RD\$ 100,000
Gastos Médicos	RD\$ 3,000	RD\$ 5,000	RD\$ 10,000
Gastos Odontológicos	RD\$ 1,500	RD\$ 2,500	RD\$ 5,000
Incapacidad Total	RD\$ 30,000	RD\$ 50,000	RD\$ 100,000
Prima Horario Escolar*	RD \$ 55.00	RD \$ 85.00	RD \$ 175.00
Prima 24 Horas*	RD \$ 75.00	RD \$ 125.00	RD \$ 245.00

En este seguro no se pagarán beneficios por o a consecuencia de lesiones corporales, enfermedad o infección que hubiere ocurrido o existido en, o antes de la fecha de inclusión como asegurado, rehabilitación de la póliza si caducare o del reintegro de un asegurado. En caso de fallecimiento, los beneficios de la póliza serán pagados a los herederos legales del asegurado.

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 Compañía de Seguros, S. A., 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 Compañía de Seguros, S. A., haya aprobado la solicitud y recibido el pago del 100% 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.

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Solicitante \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Negocios \_\_\_\_\_ Fecha de aceptación \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha efectiva \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año