

**SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES GRAVES**

**Tipos de Movimientos**

Emisión       Cambio de Plan       Cambio Frecuencia de Pago       Inclusión Coberturas Opcionales

**Datos del Contratante o Titular**

<b>Nombres:</b>		<b>Primer Apellido:</b>	
<b>Segundo Apellido:</b>		<b>Cédula/ Pasaporte:</b>	
<b>Fecha Nacimiento:</b> Día:      Mes:      Año:	<b>Ocupación:</b>		
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a		
<b>Nacionalidad:</b>	<b>Estatura:</b> Pies:      Pulgs.:      Lbs.:		
<b>Dirección Residencia:</b> Calle:	Número:		
Sector:	Residencial:	Apto:	Provincia/ Ciudad:
<b>Teléfono Residencia:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>	<b>Teléfono Oficina:</b>	

**Especificaciones del Seguro Solicitado (Marcar el plan y las coberturas deseadas)**

<b>Planes Disponibles:</b>	<b>Coberturas Opcionales (Solo planes RD\$):</b>
<b>Moneda RD\$</b> <input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 1,000,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 2,500,000	<b>Segunda Opinión Médica (SOM)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Moneda US\$</b> <input type="checkbox"/> 75,000 <input type="checkbox"/> 125,000	<b>Ambulancia Aérea Nacional</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Datos Dependientes Asegurados**

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

**Declaración de Asegurabilidad del Solicitante y/o Dependientes  
Subrayar el padecimiento que corresponda y marcar con una "X" la respuesta.**

Preguntas:	Titular	Dependientes					
		1	2	3	4	5	6
1. ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes condiciones y/o enfermedades?							
1.1. Diabetes mellitus, enfermedad de la tiroides, del hígado, de los riñones, esófago, intestinos, colon, páncreas, de la próstata, de la vesícula biliar, de la vejiga, ácido úrico elevado (gota), hepatitis B o C, quistes. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.2. Gastritis, úlcera del estómago, tumor o cáncer. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.3. Fiebre reumática, reumatismo o artritis, enfermedades de los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, algún menoscabo físico, deformación, cojera, amputación, trastornos de los músculos o lesiones óseas de la cabeza. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.4. Epilepsia, Pérdida del conocimiento, trastornos del sistema nervioso, cerebrales, esquizofrenia o trastornos mentales. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.5. Enfermedades relacionadas con el VIH, SIDA. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.6. Tuberculosis, bronquitis crónica o asma. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.7. Enfermedad del corazón; tensión arterial (alta/baja). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
1.8. Enfermedad, condición o lesión no indicada anteriormente. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
2. ¿Sufrió o está sufriendo alguno de los siguientes síntomas: fiebre permanente o en intervalos, sudoración nocturna, pérdida inexplicable de peso, cansancio, fatiga, decaimiento corporal, tumefacciones de los ganglios linfáticos, diarrea, alteraciones dermatológicas inexplicables, tos o dificultad para respirar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
3. ¿Tiene alguna enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
4. ¿Le han administrado transfusiones sanguíneas y/o derivados de sangre? En caso afirmativo indicar cuándo y motivo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							



**Frecuencia de Pago****Forma de Pago:**  Semestral  Anual**Prima:****Datos Bancarios (Para fines de cargo a cuenta o tarjeta de crédito)****Debitar a:**  Cuenta Corriente  Cuenta de Ahorro  Tarjeta de Crédito**Institución Bancaria:****Tipo de Tarjeta:**  Visa  Master Card  American Express**Cuenta No.:****Tarjeta No.:****Fecha Expiración Tarjeta:****Yo convengo y entiendo que:**

Para que las partes puedan formalizar el convenio de pago indicado en el Párrafo I del Art. 73 de la sección VII de la ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas, el asegurado deberá pagar como mínimo, el veinticinco por ciento (25%) de la prima total de la póliza, dentro de los diez (10) días contados a partir de la fecha señalada como inicio de vigencia y el restante en hasta 4 cuotas mensuales, iguales y consecutivas que no podrán exceder de los (120) días del inicio de la vigencia, además la vigencia de la póliza no excederá de la fecha que alcance, calculada a prorrata la prima realmente pagada, exceptuando los seguros de Personas y cualquier otra póliza de facturación mensual, trimestral o semestral, cuyas primas deben ser pagadas en un 100% por adelantado según los Artículos 74 y 76 de la citada Ley y dentro del periodo de gracia estipulado en las condiciones generales de la póliza.

Acepto los términos de este seguro y autorizo en calidad de deudor, a cargar automáticamente a favor de MAPFREBHD SEGUROS, la prima correspondiente a la opción seleccionada, en la fecha de vencimiento correspondiente de cada cuota, el monto de la misma, a mi Tarjeta de Crédito o Cuenta más abajo indicada; comprometiéndome a tener dicha cuenta o Tarjeta de Crédito hábil para el cobro de dicha(s) cuota(s). La presente autorización se extiende por tiempo indefinido, mientras permanezca vigente la póliza, pudiendo revocarla en cualquier momento siempre y cuando medie para ello, notificación escrita a las partes involucradas. Todo cambio en el número de cuenta o tarjeta inscrita deberá ser notificado inmediatamente a MAPFRE BHD SEGUROS.

La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales y proveedores de cuidados de salud, con el propósito de poder determinar mi asegurabilidad bajo el plan por el cual estoy declarando, o para cualquier reclamación futura sobre la póliza emitida. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

De igual forma 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\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante\_\_\_\_\_  
Código del Intermediario\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario**Datos Comerciales (Uso exclusivo para Intermediarios o Ejecutivo de Negocio)****Canal:**  Canales Alternos  Canales Tradicionales**Intermediario:****Ejecutivo Comercial:****Ejecutivo de Banco:****Oficina Comercial:****Para Uso Interno de Mapfre BHD/Seguros** APROBADO DECLINADO APLAZADO**Exclusiones:** \_\_\_\_\_**Observaciones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada