

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

Tipos de Movimientos

Emisión Inclusión Coberturas Opcionales Cambio Frecuencia de Pago

Datos del Contratante o Titular Asegurado

Nombres:		Primer Apellido:	
Segundo Apellido:		Cédula/ Pasaporte:	
Fecha Nacimiento: Día : Mes: Año:	Ocupación:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a		
Nacionalidad:	Estatura:	Pies:	Pulg.: Peso:
Dirección Residencia:	Calle:		Sector:
	Núm.:	Residencial:	Apto: Provincia/Ciudad:
Teléfono Residencia:	Teléfono Celular:	Teléfono Oficina:	
Empresa donde labora:	Posición:	Ingreso anual:	
Dirección Empresa:	Calle:		Sector:
	Núm.:	Residencial:	Apto: Provincia/Ciudad:

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

Planes Disponibles:		Coberturas Opcionales:		Suma Asegurada:
Tipo de Plan: <input type="checkbox"/> VIDA AHORRO <input type="checkbox"/> TEMPORAL CRECIENTE <input type="checkbox"/> TEMPORAL NIVELADO	<input type="checkbox"/> Exoneración Pago de Primas <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Otro Asegurado		_____	
Modalidad: <input type="checkbox"/> NIVELADO <input type="checkbox"/> AGREGADO	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20			_____
Suma Asegurada:				_____
Dueño de la póliza:		Indicar Nombre:		
Relación con el asegurado:		Cédula / RNC:		

Si el dueño es una empresa indique el nombre de la persona autorizada para firmar:
Dirección donde desea le sean remitidos sus documentos:

Declaración de Asegurabilidad del Solicitante
Subrayar el padecimiento que corresponda y marcar con una "X" la respuesta

Preguntas:	Respuestas
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. ¿Padeció o está padeciendo 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

Declaración de Asegurabilidad del Solicitante
Subrayar el padecimiento que corresponda y marcar con una "X" la respuesta

Preguntas:	Respuestas
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
5. Historial Familiar (padres, abuelos, tíos, hermanos). ¿Han habido o existen en su familia casos de: diabetes mellitus, epilepsia, cáncer, demencia, enfermedades del aparato circulatorio, incluyendo hipertensión, suicidio, enfermedades infecciosas (especialmente tuberculosis pulmonar), SIDA?. En caso afirmativo, cuál enfermedad y qué tipo de familiar:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Recibe usted de otra institución alguna pensión o indemnización a causa de lesión o enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha estado interno en algún hospital o clínica? En caso afirmativo, indicar cuándo y el diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. ¿Le han hecho estudios de: Rayos X, electrocardiogramas, endoscopías u otros procedimientos diagnósticos? En caso afirmativo, indicar cuándo y el diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. ¿Tiene alguna operación? En caso afirmativo, indicar cuándo y el diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. Para mujeres: ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. Para mujeres: ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo indicar: Meses Fecha Parto/Cesárea 1er Embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12. ¿Ha practicado, practica o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa tales como: aviación, pesca submarina, paracaidismo, montañismo, carreras de automóvil o motor, u otra actividad no indicada anteriormente? En caso afirmativo, detallar:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. ¿Piensa usted cambiar de ocupación? En caso de ser afirmativo, indique cuál:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14. ¿Aproximadamente, Cuántas horas al año viaja usted en aeroplano como pasajero?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. ¿Ha recibido o tiene intención de recibir instrucción para la operación de cualquier aparato aéreo, ya sea como piloto o miembro de la tripulación? En caso afirmativo, debe completar el Cuestionario de Aviación.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
16. ¿Usa o ha utilizado drogas llamadas narcóticas o estimulantes? En caso afirmativo, indicar cuáles:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
17. ¿Usted fuma o ha fumado mas de once (11) cigarrillos diarios?, En caso afirmativo, indicar cantidad exacta y desde cuando fuma o dejó de fumar:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18. ¿Le ha sido rechazada, extraprimada, cancelada o pospuesta alguna solicitud de seguro? En caso afirmativo, indique: compañía, motivo y suma asegurada:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
19. ¿Posee otro seguro de salud o de vida en vigor? En caso afirmativo, especifique aseguradora y plan:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Para todas las respuestas afirmativas, indique los siguientes detalles:

Núm. de Pregunta	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre del Médico y Hospital

Beneficiarios			
Nombre completo	Cédula	Parentesco	% a asignar
Cesión (Para fines de solicitud de cesión en calidad de garantía colateral)			
Nombre Institución o Persona física: _____		RNC o Cédula: _____	
Dirección: _____		Valor a ceder: _____	
Datos Bancarios (Para fines de cargo a cuenta o tarjeta de crédito)			
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Pago Total <input type="checkbox"/> Domiciliación		Prima: _____	
Pago inicial: _____		Cant. cuotas: _____	Monto cuotas: _____
Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual			
Debitar a: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito		Institución Bancaria: _____	
Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card		Cuenta No.: _____	
Tarjeta No: _____		Fecha Expiración Tarjeta: _____	
<p>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.</p> <p>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 deberá ser notificado inmediatamente a MAPFRE BHD SEGUROS.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			
Fecha: _____		Firma del Solicitante _____	
Día/ Mes/ Año		Firma del Solicitante	
Datos Comerciales (Uso Exclusivo para Intermediario o Ejecutivo de Negocio)			
Canal: <input type="checkbox"/> Canales Alternos <input type="checkbox"/> Canales Tradicionales		Intermediario: _____	
Ejec. Comercial: _____	Ejec. Banco: _____	Ofic. Comercial: _____	
Para Uso Interno de MAPFRE BHD / SEGUROS			
<input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> DECLINADO <input type="checkbox"/> APLAZADO			
Exclusiones: _____			
Observaciones: _____			
Fecha: _____		Firma Autorizada _____	
Día/ Mes/ Año		Firma Autorizada	