

Solicitud Seguro de Accidentes Personales y Asistencia en Viajes

Datos del Contratante							
Tipo Documento: <input type="checkbox"/> Cedula <input checked="" 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:			<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"/> Turista <input type="checkbox"/> Primera Clase <input type="checkbox"/> Shengen <input type="checkbox"/> Aventura <input type="checkbox"/> Ejecutivo <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Crucero							
Beneficiario (s)							
Nombres		Apellidos		Parentesco			
%		Asignado					
1							
2							
3							
Dependientes Plan Familiar							
Nombre Completo		Fecha Nacimiento	Cedula	Parentesco			
1							
2							
3							
4							
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.							
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			
Datos Bancarios (Para fines de cargo a tarjeta de crédito)							
Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card			Prima US\$:				
Institución Bancaria:							
Tarjeta No:			Fecha Expiración Tarjeta:				
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.							
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.							
Solicitante		Intermediario		Codigo		Fecha:	
						Día/Mes/Año	
				Fecha Aceptación:			

