MAPFRE

Solicitud de Inscripción para Seguro Colectivo de Vida

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

De acuerdo con las condiciones de la Póliza Colectiva de Vida No. _____ Expedida a nombre de _____

_____ Inscribir como

Asegurado a _____ No. Identidad _____

No. de Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Quien ingresó el_____ de _____ del 20 ____ con carácter de _____

_____ y con remuneració mensual de L. _____

La suma Asegurada correspondiente será de L. _____ calculada conforme lo establesido en la Cláusula DECIMA SÉPTIMA de las condiciones Generales de Póliza.

_____ de _____ del 20____ El Contartante _____

CONSENTIMIENTO

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado y, para los efectos Correspondientes, proporciono los datos a que se refiere el siguiente:

CUESTIONARIO

Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento: de de Edad: años.

Recidencia:

Profesión: Ocupación: Estado Civil:

Estatura: metros. Peso: Libras:

Designo beneficiario(s) del Seguro a:

NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	DISTRIBUCIÓN

100%

CESIONARIO _____

"Si al momento de mi fallecimiento alguno o algunos de los beneficiarios es menor de edad,la parte que le(s) corresponda será entregada a: _____, portador de la cédula de identidad No. _____ Quien ha sido instruido por mí sobre la forma en que deberá proceder con la(s) suma(s) que reciba de la Aseguradora, sin que por esto se considere a dicha persona como beneficiaria. De ser el caso, la Aseguradora continuará pagando las sumas producto del seguro a la persona antes indicada, a menos que una orden judicial determine lo contrario que el o los beneficiarios, llegada su mayoría de edad, demuestren este hecho a satisfacción de la Aseguradora, en cuyo caso, y de solicitárselo por escrito a esta última, podrá pagar directamente al o a los beneficiarios designados que hayan cumplido con los requisitos anteriores."

ANTECEDENTES DE SALUD

1. Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes? _____
2. Ha estado en tratamiento u observación con algún médico, hospital o clínica? _____ Fecha _____
3. Si la respuesta para alguna de las dos preguntas que antecede es afirmativa, indíquese la enfermedad, lesión o tratamiento y el nombre del médico que lo atendió _____

_____

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos, acepto que sirvan de base para la inscripción solicitada. Autorizo a todo Médico u Hospital que me haya atendido en la recuperación de mi salud para suministrar a MAPFRE.
Los informes que requiera en relación con este seguro, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros respecto a mi persona. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como original.

_____ de _____ del 20____ Asegurado _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

OBSERVACIONES

CLASIFICACIÓN MEDICA	CLASIFICACIÓN TÉCNICA
FIRMA	FIRMA

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTE DECLARACIÓN ES DE 4 MESES

Escaneado con CamScanner