

SOLICITUD PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

VIGENCIA DEL SEGURO: DESDE:		HASTA:		Moneda Contratada: USD <input type="checkbox"/> C\$ <input type="checkbox"/>	
Nombre del solicitante:					
Dirección de residencia:					
Estado Civil:		Sexo:	Departamento:		Municipio:
Teléfono de residencia:		Celular:		E-mail:	
País:		No. del INSS		No. del RUC:	
Número de cédula /residencia /pasaporte:				Profesión:	
Lugar y fecha de Nacimiento:					
Nombre y Dirección de la Empresa en la cual trabaja					
Teléfono		Apartado postal		E-mail de la Empresa	
Cargo que desempeña			Sueldo que devenga mensual en la Empresa		
Otros ingresos que genere			Actividad de esos ingresos adicionales		
Forma de Pago		Contado ()		Mensual ()	
Dirección que desea que le enviemos el cobro					

CUESTIONARIO DE SALUD

		SI	NO
1	¿Es fumador? SI () NO ()		
	¿Fuma 15 o más cigarrillos al día?		
2	Indique su peso _____Kg, altura _____cm, perímetro abdominal o cintura _____cm		
3	¿Consuma al día más de 4 vasos de cerveza, 4 vasos de vino o 2 copas de alcohol de alta graduación?		
4	Tiene sus valores de tensión o presión arterial entre 90/60 y 120/80?		
5	¿Se encuentra en situación de baja laboral por una enfermedad o accidente por un periodo superior a 15 días o ha tenido bajas repetidas de 15 o menos días o le han concedido o está en proceso de valoración de una invalidez o incapacidad?		
6	¿Ha sido o va a ser hospitalizado para la realización de alguna intervención quirúrgica, tratamiento médico o como consecuencia de un accidente?		
7	¿Ha recibido o recibe o va a recibir un tratamiento con quimioterapia o radioterapia?		
8	¿Está o ha estado sometido a tratamiento de desintoxicación, psicológico, psiquiátrico o de rehabilitación por adicción?		
9	¿Toma de modo regular algún medicamento que requiera prescripción médica?		
10	¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad que requiera de visitas médicas esporádicas, continuadas o de seguimiento?		
11	¿Tiene prevista alguna consulta/revisión o prueba médica diagnóstica, análisis, radiografía, TAC/scanner, resonancia (no tenga en cuenta chequeos rutinarios)		
12	¿Le ha sido diagnosticado anteriormente diabetes, hipertensión, infarto, derrames, cáncer, asma, bronquitis, enfisema, hepatitis B o C, enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, lupus, artritis reumatoide, depresión, epilepsia o trastornos de la personalidad?		
13	¿Le ha sido diagnosticada anteriormente alguna enfermedad crónica no descrita anteriormente?		
14	Practica alguna actividad de riesgo tales como ala delta, parapente, automovilismo, motociclismo, buceo, montañismo, artes marciales o piloto de aeronaves?		

En caso de cualquier respuesta positiva, indicarnos: Fecha del diagnostico, nombre del médico, clínica u hospital, teléfonos, tipos de tratamientos y con que frecuencia los toma, tipos de exámenes realizados y recomendados por el médico de cabecera.

SOLICITUD PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

PLANES Y COBERTURAS A ELEGIR DEL SEGURO DE VIDA:							SUMAS ASEGURADAS:		
PLAN DEL SEGURO DE VIDA ELEGIDO:	PLAN AL SEGURO BASICO:								
	PLAN AL SEGURO ADICIONAL:								
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS AL SEGURO BASICO Y ADICIONAL	Anticipación o BIAC	Básico	SI	NO	Adicional	SI	NO	IGUAL SUMA ASEGURADA	
	Doble indemnización o DI	Básico	SI	NO	Adicional	SI	NO	IGUAL SUMA ASEGURADA	
PLAN DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE ACCIDENTES AL PLAN BASICO Y ADICIONAL SI ESTE PLAN ES ELEGIDO, NO APLICA LA COBERTURA ADICIONAL DE DOBLE INDEMNIZACION									
I	Muerte a consecuencia de un accidente								
II	Incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente							IGUAL SUMA ASEGURADA	
III	Reembolso de gastos médicos a consecuencia de un accidente [%] de la cobertura I								
Marque las coberturas elegidas: Riesgo I <input type="checkbox"/> ; Riesgo I y II <input type="checkbox"/> ; Riesgos I, II y III <input type="checkbox"/>									
COBERTURAS ESPECIALES QUE DESEE CUBRIR BAJO EXTRA PRIMA									
Moto	<input type="checkbox"/>	Competencias de moto o automóvil	<input type="checkbox"/>	Pasajero en avión privado	<input type="checkbox"/>	Buceo	<input type="checkbox"/>		
Boxeo	<input type="checkbox"/>	Pesca en alta mar	<input type="checkbox"/>	Piloto fumigador	<input type="checkbox"/>	Piloto comercial o privado	<input type="checkbox"/>		
Maneja sustancias tóxicas o explosivos en su actividad laboral				<input type="checkbox"/>	Alguna actividad de alto riesgo			<input type="checkbox"/>	
Algún otro deporte o actividad peligrosa no declarada?, indíquenos:					<input type="checkbox"/>	Desea cobertura		<input type="checkbox"/>	
Quién pagará la prima del seguro		La Empresa por su actividad que realiza			<input type="checkbox"/>	Usted mismo		<input type="checkbox"/>	Otra persona <input type="checkbox"/>
Si es otra persona, indique el parentesco o grado de consanguinidad que existe con esa persona:									
Indíquenos nombres y apellidos de la persona que pagará la prima del seguro de vida:									

SOLICITUD PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

BENEFICIARIOS Y PARENTESCOS: [DOS NOMBRES Y DOS APELLIDOS]

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA <i>(Fecha de Nac. menores de edad)</i>	PARENTESCO	PORCENTAJES %

NOTA: Los representantes ante herederos menores como **ALBACEAS**, deberán ser declarados en escritura pública

La forma de pago de la suma asegurada será en una sola exhibición? Si la respuesta es negativa, indicarnos forma de pago

Renta anual de: cuotas; Renta mensual de: cuotas; Otra forma elegida, indíquela:

Declaro que las respuestas arriba mencionadas, las he dado personalmente, son claras, completas y verdaderas hasta donde llegan mis conocimientos y estoy entendido que cualquier declaración falsa, será suficiente para anular el contrato de seguro. Así mismo, autorizó expresamente al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), Ministerio de Salud (MINS), cualquier médico, hospital, clínica [epidemiológica, privada o pública], Compañía de Seguro u otra Institución médica o personal de atención médica que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información escrita solicitada por MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A, que ésta última considere necesaria y lo pueda solicitar en cualquier tiempo, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del Arto: 8 de la 423 (LEY GENERAL DE SALUD). Entiendo que la Compañía no asumirá ninguna responsabilidad, hasta que esta solicitud sea aprobada en documento escrito por un funcionario autorizado y que, además, se reserva el derecho de solicitar todas las evidencias que considere pertinentes y de rechazar la solicitud.

Confirmo haber sido informado de forma clara, completa y oportuna de los alcances de este seguro y que dispongo de la libertad de solicitar cualquier aclaración en el momento que así lo requiera. Así como de recibir una atención ágil y oportuna de cualquier reclamación amparada por esta póliza.

¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiera de este contrato?: SI () NO ()

¿Desea usted que le envíe su póliza a su correo electrónico?: SI () NO ()

Firmado en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE
 [CONFORME CEDULA DE IDENTIDAD]

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL INTERMEDIARIO
 [CONFORME CEDULA DE IDENTIDAD]

Consentimiento para el manejo de datos:

De conformidad con lo establecido en el art. 9 de la ley 787, Ley de Protección de datos personales, se autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a MAPFRE Seguros Nicaragua S.A. y/o cualquiera de las sociedades donde ésta tenga participación directa o indirecta como accionista (MAPFRE). La

SOLICITUD PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

finalidad de esta autorización es la prestación de servicios derivados del propio contrato, estudios estadísticos, la lucha contra el fraude y la prevención de lavado de activos.

Se autoriza, además, que los datos puedan ser cedidos, exclusivamente, para las finalidades indicadas anteriormente a otras entidades del Sistema MAPFRE. Tal cesión podrá consistir en una transferencia de datos a otras personas físicas o jurídicas con las que las distintas entidades del Sistema concluyan acuerdos de colaboración y/o prestación de servicios, tanto a nivel local o internacional. Se exigirá en tales acuerdos el cumplimiento de los estándares de seguridad requeridos por la legislación nicaragüense. Esta autorización tendrá vigencia incluso una vez extinguida la relación contractual existente, respetando en todos los casos la legislación nicaragüense sobre protección de datos personales y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Los referidos datos se recogen confidencialmente en el Centro de Procesamiento de Datos MAPFRE domiciliado en Miami, quienes asumen la adopción de las medidas de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido por el art. 11 de la Ley 787.

El titular de los datos podrá ejercer todos los derechos que le confiere la Ley 787 referente a la rectificación, actualización, supresión, retiro o bloqueo total o parcial de sus datos, una vez recibida comunicación fehaciente del deseo del titular de ejercer dichos derechos.

Estos derechos podrán efectivizarse a través de comunicación fehaciente dirigida a MAPFRE Seguros Nicaragua, S.A. con dirección Edificio Invercasa 1er Piso, frente al Colegio La salle.

Si desea recibir información sobre productos y servicios de las distintas entidades del Sistema MAPFRE, marque aquí por favor.

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

DEBITO AUTOMÁTICO

Yo _____ autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito:

MasterCard American Express VISA Casa emisora: _____

No. _____ Fecha de Vencimiento: _____ Moneda: U\$ C\$

No. de Póliza: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____ Cedula: _____

Nombre del Agente o Subagente: _____ Correduría: _____

Para pagar la póliza arriba descrita contratada con MAPFRE SEGUROS NICARAGUA, a nombre de: _____

Pago Inicial U\$ _____ C\$ _____ Valor de la Cuota U\$ _____ C\$ _____ Forma de Pago: _____ No. de Cuotas: _____

*También autorizo se debite todo movimiento de la póliza (inclusiones, aumentos, renovaciones, etc).

*En caso de reposición, cambio o pérdida de tarjeta, autorizo se hagan los cargos correspondientes en mi nueva tarjeta.

Firma

Fecha

Para realizar pago en cuenta bancaria:

BANPRO CTA. NO. 10010405685211 CÓRDOBAS
BANPRO CTA. NO. 10010415685194 DÓLARES
BAC CTA NO. 00154562 CÓRDOBAS
BAC CTA. NO. 001084836 DÓLARES

**En caso de realizar depósito bancario,
favor hacer referencia al No. de Póliza**