

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

Datos de Contratante

1. VIGENCIA DEL SEGURO: DESDE:		HASTA:		2. Moneda Contratada: USD <input type="checkbox"/> C\$ <input type="checkbox"/>	
3. Nombre de la Empresa o ente jurídico:			4. NO RUC:		
5. Nombre del Representante Legal o Apoderado:					
6. No. de Cédula del Representante Legal			7. No. Cédula de Residencia(Extranjeros)		
8. Dirección de la Empresa:					
9. Departamento:		10. Municipio		11. Dir. de Cobro	
12. Teléfonos:		13. Fax	14. Celular	15. Email	16. Apart. Postal
17. Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Centroamérica <input type="checkbox"/> Internacional					
18. Actividad Principal del Negocio <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios Agrícola <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/>					
19. Ingresos Económicos Mensuales:			20. Póliza Nueva <input type="checkbox"/>		21. Renovación <input type="checkbox"/>
22. Origen de los fondos para el pago de la prima: <input type="checkbox"/> Contributiva <input type="checkbox"/> No Contributiva <input type="checkbox"/> Otros					
23. Indique otros Seguros Vigentes: <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Otros					
24. Nombre de la Otra Aseguradora:					
25. Número total de personas que laboran para esta Empresa			26. Número de personas que integran el grupo asegurable:		
27. Siniestralidad por muerte y accidentes que ha tenido la Empresa en los últimos cinco (5) años?				Muertes?	Accidentes?

Declaro y acepto estar de acuerdo en que las personas que integran el grupo asegurable, solamente serán elegibles para el seguro si a la fecha del inicio de vigencia de la póliza son miembros en trabajo activo. No serán "elegibles" las personas incapacitadas por razones de enfermedad o accidente, sino hasta después de haber presentado las pruebas de asegurabilidad satisfactorias [certificado de salud individual, cuestionario de salud, cualquier examen o exámenes adicionales solicitado por MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A., también, no serán "elegibles" las personas que estén bajo contrato temporal.

Declaro y acepto que el seguro para empleados o miembros elegibles tendrá efecto a partir de la fecha de vigencia del seguro que determine MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A., y solamente que el "grupo elegible" sea al menos un 75% y si el costo del seguro es asumido proporcionalmente por El Contratante y los empleados [PLAN CONTRIBUTORIO], o el 100%, si el costo es asumido totalmente por el Contratante [PLAN NO CONTRIBUTORIO], pues de lo contrario el seguro no tendrá efecto y se podrá cancelar posteriormente, con el solo hecho de incumplirse este requisito, aplicando la regla proporcional de cancelación a corto plazo.

Forma de Pago de la prima anual:	Contado	Fraccionada	No. de cuotas:	12	24	36	48	60	
Regla que desea para determinar la suma asegurada del grupo asegurable?			Veces el salario básico mensual:		12	24	36	48	60
En el caso de no elegir ninguna de las anteriores, indíquenos la suma asegurada deseada:									

COBERTURAS A ELEGIR DE LOS SEGUROS COLECTIVOS

COLECTIVO DE VIDA:

a	Cobertura Básica: Muerte por cualquier causa	Si	No
b	Beneficio adicional por anticipación de Capital por incapacidad total y permanente [BIAC]	Si	No
c	Beneficio adicional por doble indemnización por accidente [DI]	Si	No
d	Beneficio adicional por gastos funerarios [GF]	Si	No

COLECTIVO DE ACCIDENTES:

I	Muerte a consecuencia de un accidente	SI	NO
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	SI	NO

COBERTURAS ESPECIALES QUE DESEEN CUBRIR BAJO EXTRA PRIMA

Moto [como mensajeros]?	Pasajeros en avión privado?	Pilotos privados?	Pilotos fumigadores?	Buceo?
Indicar número de personas que desea cubrir con cobertura especial bajo la modalidad de extra prima:				
Manejo de sustancias tóxicas, químicas o flamables [de detalles]?			Alguna otra actividad de alto riesgo [de detalles]?	

Observaciones:

Para todos los efectos legales de esta solicitud de Seguro Colectivo de Vida y Accidentes Personales, declaro que toda la información contenida en la misma la he dado personalmente, es verídica y está completa, reconociendo que dichas declaraciones constituyen la base del Contrato de seguro, aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima que corresponda. Por la presente solicito la emisión de un Contrato de Seguro Colectivo de Vida y Accidentes Personales en el texto de la póliza usada por **MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.** asimismo acepto que cualquier declaración falsa o inexacta durante la vigencia del contrato causará la nulidad automática del seguro, no teniendo derecho el Contratante a devoluciones de primas ni de pago por reclamos pendientes. Acepto que el Contrato de seguro entrará en vigor hasta que **MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.** haya aceptado por escrito esta Solicitud de Seguro y sus respectivos anexos, haya emitido la póliza y recibido la prima convenida, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza de seguro. Con la presente Solicitud de Seguro Colectivo de Vida y Accidentes Personales, adjunto debidamente firmado por el Asegurado y el Contratante, los Certificados Individuales los que contienen los datos relativos a cada uno de los miembros, que de ser aceptados por **MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.** conformarán el "Grupo Asegurado" y las declaraciones expresas podrán variar la prima del seguro. Confirmando 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Desea usted que se le envíe su póliza a su correo electrónico?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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

REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORREDURIA DE SEGUROS [FIRMA Y SELLO] CODIGO:	REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA [FIRMA Y SELLO]

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 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**