

MAPFRE | SEGUROS NICARAGUA, S.A.
SOLICITUD PARA SEGURO DE GASTOS MEDICOS COLECTIVO
(PARA USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE)

Seguro colectivo No.: _____ Suma Asegurada Total: _____

Vigencia Original: _____ Prima Total: _____

I

Por medio de la presente solicito a **MAPFRE | Seguros Nicaragua, S.A.**, una póliza de **Seguro de Gastos Médicos Colectivos**, para lo cual acompaño los consentimientos respectivos de cada uno de los integrantes del grupo, dando en seguida los datos que me identifican como parte Contratante.

II

DATOS DEL CONTRATANTE

1. Nombre Completo: _____
2. Dirección: _____
3. Edad: _____ Estado Civil: _____
4. Doc. de Identidad: _____

III

DATOS DEL GRUPO SOLICITANTE

1. Nombre con que se identifica _____
2. Sede del Grupo: _____
3. Naturaleza del riesgo: _____
4. Clase de cobertura:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

5. La lista de las personas que integran el grupo asegurable, va adjunta en nómina debidamente firmada por el contratante.

6. Como criterios para determinar la suma asegurada se han considerado las siguientes:

7. La prima es: Sin contribución de los integrantes del grupo.
 Contributiva, pagando los integrantes del grupo el _____ % de la misma.

8. Consentimiento de Arbitraje:

¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiera de este contrato?

SI NO

En fe de lo anterior, se firma en la Ciudad de _____, Nicaragua, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

(Firma y Sello del Contrante)

IV
PARA USO DE LA EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:

Solicitud registrada por: _____ Fecha: _____

Solicitud revisada por: _____ Fecha: _____

Solicitud aceptada por: _____ Fecha: _____

Anotaciones:
