

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 remuneración mensual de L. _____	
La suma Asegurada correspondiente será de L. _____ calculada conforme lo establecido en la Cláusula DECIMA SÉPTIMA de las condiciones Generales de Póliza.	
_____ de _____ del 20 _____	El Contratante _____

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.	
Residencia: _____			
Profesión: _____	Ocupación: _____	Estado Civil: _____	
Estatura: _____ metros.	Peso: _____ Libras.		
Designo beneficiario(s) del Seguro a:			
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCIÓN	DISTRIBUCIÓN

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

CLASIFICACION MEDICA	CLASIFICACION TÉCNICA
FIRMA	FIRMA

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 4 MESES