

**MAPFRE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
SOLICITUD DE SEGURO**

IMPORTANTE: Asegúrese de contestar todas y cada una de las preguntas de esta solicitud con letra legible.

SECCIÓN I – DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos / Nombres:			
Razón Social:			
Tipo identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RUC	Número:	
Lugar y fecha de nacimiento:			
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Dirección del domicilio:			
Correo electrónico:	Teléfono:	Celular:	
Peso / Estatura	() Kg () cm		
Profesión:	Ocupación (a que se dedica):		
Es usted: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado			
Su trabajo le exige	¿Sólo trabajos de oficina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Trabajos manuales sin uso de máquinas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Trabajos manuales con uso de máquinas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Viaja con qué frecuencia?			
¿Tiene o está tramitando otros seguros de accidentes personales o vida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Especifique Compañías y sumas aseguradas:			
¿Alguna compañía ha rechazado su solicitud de seguro de accidentes personales o vida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso de que la respuesta sea afirmativa explique por qué:			
Deportes y actividades recreacionales:		¿Con competición?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Conduce automóvil como profesional?:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Efectúa vuelos especiales? (Otros que como pasajero en línea comercial de itinerarios y rutas regulares):		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN II – DATOS DE LA PÓLIZA

Individual Colectivo

Coberturas	Sumas Aseguradas	
Muerte accidental	USD	
Invalidez total y Permanente por accidente	USD	
Gastos médicos por accidente	USD	

SECCIÓN III – DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

1. ¿infartos, episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia, diabetes mellitus, pérdida de las facultades mentales o alguna otra enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. ¿Ha consultado a un médico por alguna causa en los últimos 2 años? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--	---

3. ¿Padece algún defecto físico? (sordera, amputación o falta de algún miembro, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. ¿Ha sufrido algún tipo de accidente? ¿Qué lesiones tuvo? ¿Dejaron consecuencias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha dejado de trabajar (excepto vacaciones) en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas? ¿Su capacidad de trabajo está reducida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumen usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? ¿Cuánto diariamente?	
¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	¿Hasta cuándo?

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas de la sección III, especifique detalles:

Indique la pregunta.	¿Detalle? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?	Nombre y dirección del médico tratante.

SECCION IV – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento, nombro como mis beneficiarios a:

Nombres completos	Dirección	Fecha de nacimiento	Parentesco	C.I.	%

SECCION V – DECLARACIONES

VERACIDAD

Certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y las contestaciones son ciertas y completas; acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integrante de la misma.

PROCEDENCIA LÍCITA DE FONDOS

En mi carácter de solicitante de la Póliza declarado que los fondos a ser utilizados para el pago de prima, provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos.

AUTORIZACIÓN A INFORMACIÓN

Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tenga cualquiera información de mi estado de salud, a dar dicha información a MAPFRE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Lugar:		Fecha:	
--------	--	--------	--

Solicitante

El Tomador del seguro y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente documento el número de registro 49341, el 19 de abril de 2018.