



MAPFRE

MAPFRE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL 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:

Tipo identificación: Cédula Pasaporte Número:

Fecha de nacimiento:

Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo

Datos del domicilio:

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono: Celular:

Datos del trabajo:

Nombre de la empresa:

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono: Celular:

Envío de correspondencia a: Domicilio Trabajo

Ocupación (a que se dedica):

Es usted: Independiente Empleado

¿Tiene o está tramitando otros seguros de vida? No Si , especifique Compañías y sumas aseguradas:

SECCIÓN II – DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

¿Cuál es su peso? Kg Estatura cm Tensión arterial /

¿Su peso ha aumentado o disminuido durante el último año? ¿Cuánto? Sí No + kg - Kg ¿Intencionalmente? Sí No Causa:

1. ¿Afecciones del corazón o aparato circulatorio por ejemplo infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, varices?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. ¿Afecciones de los órganos respiratorios, por ejemplo, asma, bronquitis, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar, efisema pulmonar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Enfermedad circulatoria o accidente vascular cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. ¿Enfermedades del sistema endocrino (hiperlipidemias o diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. ¿Cirrosis hepática, hepatitis C o insuficiencia hepática?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Afecciones del cerebro o del sistema nervioso: ¿dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Afecciones del aparato digestivo: ¿trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fístula de recto, diarrea crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Enfermedades de la piel?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, meningitis, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis o tropicales (malaria, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Afecciones urinarias o de los órganos genitales: ¿enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. ¿Enfermedades o trastornos como, por ejemplo, enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Enfermedades venéreas o sexualmente transmisibles?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación (en caso de traumatismo craneal indicar si hubo coma pérdida de conocimiento y su duración)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Enfermedades de los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Enfermedades de los ojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Ha sido usted tratado por un psiquiatra o psicólogo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. HIV o SIDA y enfermedades asociadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Le han prescrito medicamentos en los últimos doce (12) meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. ¿Le han prescrito una cura de reposo, de desintoxicación, una cura dietética, de algún otro tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Ha recibido alguna transfusión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22. ¿Le han recomendado no donar sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Su capacidad de trabajo está reducida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. ¿Ha dejado de trabajar (excepto vacaciones) en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, diabéticos u otras enfermedades de posible carácter hereditario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
26. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	27. ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
28. ¿Cualquier otra enfermedad o dolencia no declarada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Consumo usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles? ¿Cuánto diariamente?	
¿Fuma usted? ¿Cantidad diaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Otro	
¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	¿Hasta cuándo?

Para mujeres únicamente:			
a) ¿Toma Usted anticonceptivos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b) ¿Está usted embarazada?	¿Cuántos meses?	¿El embarazo transcurre normalmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, senos, etc.)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

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

¿Quién es su médico de cabecera?	
¿Quién es el médico que le ha tratado por última vez?	
Cuando:	Motivo:

¿Tiene Usted alguna otra cosa que declarar sobre su salud? Indique:	

SECCION III – DEPORTES Y ACTIVIDADES RECREACIONALES

¿Qué deportes y/o actividades recreacionales práctica?	¿Con competición?
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Conduce motos? Sí No En caso afirmativo y que sea por competición, llene el cuestionario competición moto.

¿Es piloto o está en proceso de serlo? Sí No En caso afirmativo, llene el cuestionario de aviación y paracaidismo.

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; en caso de tener conocimiento de alguna enfermedad mencionada o no en esta declaración, esto me obligará inmediatamente a notificar a MAPFRE Seguros; acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integrante de la misma. Ningún seguro (cobertura y beneficios) será efectivo hasta que la Póliza sea expedida y las primas de la misma hayan sido pagadas de acuerdo a lo convenido. La falsificación u omisión de cualquier información podría conllevar a la anulación o rescisión del contrato, produciendo la nulidad relativa del contrato. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la compañía de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente si el contrato se rescinde, la compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Ningún agente está autorizado a efectuar cambios, modificaciones o prometer alteraciones a la Póliza de la Compañía.

PROCEDENCIA LÍCITA DE FONDOS

En mi carácter de solicitante de la Póliza declaro 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 COMPAÑIA 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 SCVS-1-1-0-SF-13, el 27 de septiembre de 2018.