

**MAPFRE ATLAS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVA
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:	<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> Pasaporte	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:	
Actividad Económica:			
Empresa:	Cargo:		
Dirección Comercial:			
Ciudad:	Teléfono:		

SECCIÓN II – DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

1. ¿Ha recibido tratamiento médico por presión arterial, problemas del corazón; albúmina o azúcar en la orina; diabetes; tuberculosis; cáncer o tumores malignos; úlceras estomacales; problemas y/o desórdenes nerviosos y/o mentales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o internado para tratamiento médico en alguna clínica, hospital o casa de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha sido requerido por consejo médico para someterse a tratamiento quirúrgico o internamiento hospitalario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. ¿Ha sido rechazada, aplazada o de alguna forma modificada, cualquier solicitud suya para seguros de vida, accidentes y/o gastos médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene o está tramitando otros seguros de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, especifique Compañías y sumas aseguradas:			

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.

SECCION III – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento, nombro como mis beneficiarios a:

Nombres completos	Dirección	Fecha de nacimiento	Parentesco	C.I.	Correo electrónico	Teléfono	%

SECCION IV – LIMITES DE COBERTURAS

Coberturas	Sumas Aseguradas
Muerte por cualquier causa	
Muerte accidental	
Muerte por accidente de circulación	
Invalidez Total y Permanente	
Invalidez Total y Permanente por accidente	
Invalidez Total y Permanente por accidente de circulación	
Enfermedades graves	
Gastos médicos por accidente	
Gastos de sepelio	
Renta por muerte	
Beca estudiantil por muerte	
Beca estudiantil por muerte accidental	
Renta diaria por hospitalización por accidente	
Renta diaria por hospitalización por cualquier causa	
Cáncer de mama	

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 Atlas; 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 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 Atlas Compañía de Seguros S.A. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

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

Firma del solicitante

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de seguro el número de registro SCVS-1-2-SF-66-275004421-28062021.