

5. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (CON DERECHO A CRECER)

PERSONA N°	APELLIDOS	NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	RELACIÓN O PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN
1	Universales				
X 2					
3					
4					
5					
6					
7					

6. DECLARACION

EL SOLICITANTE DECLARA: A) QUE ESTA SOLICITUD DE SEGUROS, HA SIDO COMPLEMENTADA Y CUMPLIMENTADA EXCLUSIVAMENTE POR EL, LA CUAL SERVIRA DE BASE A MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS, PARA LA EMISION DE LA POLIZA Y EL COBRO DE PRIMA CORRESPONDIENTE; B) QUE LAS DECLARACIONES FORMULADAS EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS, SON VERIDICAS EN TODAS SUS PARTES, SIN HABER INCURRIDO EN OMISION O RETICENCIA ALGUNA; C) QUE INFORMARA POR ESCRITO A MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS, CUALQUIER HECHO QUE MODIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS; D) QUE AUTORIZA A MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A. DE SEGUROS, PARA REQUERIR CUALQUIER INFORMACION A MEDICOS, CLINICAS U HOSPITALES, RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO TITULAR Y DEMAS PERSONAS ASEGURADAS, EXIMIENDO A TALES ENTES DEL SECRETO PROFESIONAL Y DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUEDA DERIVARSE DE TALES INFORMACIONES.

Y X YO, _____, C.I. N° _____ EN MI CARACTER DE SOLICITANTE DE LA POLIZA O, REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE (PERSONA JURIDICA CON RIF N° _____), DECLARO: QUE EL DINERO QUE SERA UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA, PROVENDRA DE UNA FUENTE LICITA Y POR TANTO NO TIENE RELACION ALGUNA CON DINERO, CAPITALES, BIENES, HABERES, VALORES O TITULOS, PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES ILICITAS A QUE SE REFIERE LA LEY ORGANICA DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS.

X LUGAR Y FECHA CCs. _____ HORA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE (ASEGURADO TITULAR)	FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DEL PRODUCTOR
X		<u>Francisco Gonzalez</u> 10355

Aprobado por el Ministerio de Hacienda Superintendencia de Seguros con Oficio N° 358 de fecha 05 de marzo de 1976



X

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1. DATOS DE LA POLIZA

NUMERO DE POLIZA <i>4110616000129</i>	CONTRATANTE <i>Caracas futbol Club.</i>	CERTIFICADO N°
--	--	----------------

2. DATOS DEL TOMADOR

APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL <i>X</i>					
N° RIF/J.C.I. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PROFESIÓN <i>Estudiante</i>	
OCUPACIÓN ACTUAL <i>Estudiante</i>		CÓDIGO	FECHA DE INGRESO EMPRESA	INGRESO PROMEDIO MENSUAL	
PLAN	CLASE	TRABAJA ACTUALMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	ADOLECE DE <input type="checkbox"/> DEFORMACIONES	<input type="checkbox"/> MUTILACIONES	CUALES?
QUÉ ENFERMEDAD PADECE EN LA ACTUALIDAD?			<input type="checkbox"/> DEFECTOS FÍSICOS		
QUÉ ENFERMEDAD PADECE EN LA ACTUALIDAD?			QUÉ ENFERMEDADES HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?		

3. FORMA DE PAGO

<input type="checkbox"/> FINANCIADO	CARGO EN CUENTA (LLENAR AUTORIZACION)	<input type="checkbox"/> CORRIENTE	<input type="checkbox"/> AHORRO
CONTADO:	TARJETA DE CREDITO <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER	VENCIMIENTO _____	
<input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> CHEQUE	N° DE CUENTA _____	BANCO _____	

4. COBERTURAS

COBERTURAS Y ANEXOS	SUMA ASEGURADA BS.	TASA	PRIMA	DEDUCIBLE	DESCUENTO
MUERTE	50.000				
INCAPACIDAD PERMANENTE	50.000				
INCAPACIDAD TEMPORAL					
GASTOS MÉDICOS	30.000				

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 12

MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A.

E0301019-04/05