

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVO SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE

Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente	Código del agente
--------	-------------------

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido <input type="checkbox"/>
Tipo de identificación	Identidad	Pasaporte	Carné de residencia
No. identificación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RTN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/>
		Día - Mes - Año	
Estado civil	S C D V UL	Género	Masculino Femenino
Nacionalidad (es)	Profesión, oficio u ocupación		
1			
2			
Móvil _ 1	Móvil _ 2		
Correo electrónico _ 1			
Correo electrónico _ 2			
Nombre del cónyuge (completo)			
Dirección de residencia del representante legal			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro			
¿Es comerciante Individual? Si No		Giro del negocio	
Nombre del negocio (Si aplica)			
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Tiempo de laborar
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 20 De 21- 50 De 50 en adelante
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si No
Detalle el nombre del cargo			

DATOS DE PERSONA JURIDICA			
Razón o Denominación Social			
Nombre Comercial		RTN/RUC	Fecha de Constitución
		Día - Mes - Año	
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		¿Cuál?	
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital		Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica		Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/>
		Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/>
		Servicio Financieros <input type="checkbox"/>	
Según la forma jurídica		APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>
		Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>
		Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>
			Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
			Cooperativas <input type="checkbox"/>
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:		Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VI. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

B. DATOS DEL RIESGO			
Grupo a asegurar			
El grupo a asegurar forma parte del 100% del grupo		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Edad promedio del grupo a asegurar		Número de dependientes a asegurar	
Datos sobre póliza			
a. Seguro médico			
Tipo de cobertura		Máximo vitalicio	Opción I
Honduras <input type="checkbox"/>			Opción II
Centroamérica <input type="checkbox"/>			Otros
Mundial <input type="checkbox"/>			
b. Seguro de vida			
Suma asegurada		Determinación	Múltiplos de salarios <input type="checkbox"/>
Mínima		Suma	Suma asegurada nivelada <input type="checkbox"/>
Máxima		asegurada	Suma asegurada informada <input type="checkbox"/>

Bases del Seguro	Titulares	% empl	% aseg.	Dependientes	% empl.	% aseg.
	Contributorio			Contributorio		
	No contributorio			No contributorio		

Derecho a la cobertura de seguro

Los nuevos empleados o miembros elegibles para el seguro tendran derecho al mismo de forma:

- Inmediatamente, a partir de la fecha de empleo. En la fecha de recibido en la compañía.
- Primer dia del mes siguiente Despues de haber cubierto el periodo de prueba por _____

I. COBERTURAS, PRIMAS Y DEDUCCIONES

RIESGOS CUBIERTOS: La Compañía reembolsará los necesarios, razonables y acostumbrados gastos médicos incurridos por los Asegurados (Asegurados titulares o Asegurados como dependientes) como parte de los beneficios contratados, por las clases de cuidados aquí descritos durante la continuación del Aditamento, sujetos a las disposiciones manifestadas en el Aditamento. Sin embargo, los beneficios estipulados en la Fecha Efectiva de la póliza, son sólo aquellos por los cuales la cantidad de beneficios se muestra en Cobertura de Seguro.

COBERTURAS ADICIONALES:

Las cuales no generan ningún costo adicional para el Asegurado
 Maternidad
 Control de Niño Sano
 Servicios de Asistencia

Prima	
Gastos de emisión	
Impuesto	
Prima anual total de seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
- Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
- Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.

5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.

7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte íntegra del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y válida como original.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del contratante

Firma del agente