

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO**

PÓLIZA N°: 8004619000017

Apellidos / Nombres del Partcipe:		Número C.I.:
Apellidos / Nombres Asegurado:		Número C.I.:
Lugar y fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil:
Dirección del domicilio:	Correo electrónico:	Teléfono:
Celular:	Actividad Económica:	
Provincia :	Ciudad:	Relación con el partcipe:
Dirección Comercial:	Correo electrónico:	Teléfono:

PLAN PREVENIR ELITE

Coberturas	Opción No. 1	Opción No. 2	Opción No. 3	Opción No. 4	Opción No. 5	Opción No. 6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Muerte por cualquier causa	USD 5,000.00	USD 10,000.00	USD 15,000.00	USD 20,000.00	USD 25,000.00	USD 30,000.00
Muerte accidental	USD 5,000.00	USD 10,000.00	USD 15,000.00	USD 20,000.00	USD 25,000.00	USD 30,000.00
Invalidez Total y Permanente	USD 5,000.00	USD 10,000.00	USD 15,000.00	USD 20,000.00	USD 25,000.00	USD 30,000.00
Canasta familiar (renta mensual por muerte)	USD 3,000.00 (\$500 por mes hasta 6 meses)	USD 3,000.00 (\$500 por mes hasta 6 meses)				
Enfermedades graves (anticipo 50%)	USD 2,500.00	USD 5,000.00	USD 7,500.00	USD 10,000.00	USD 12,500.00	USD 15,000.00
Gastos médicos por accidente	USD 1,000.00	USD 1,000.00	USD 1,000.00	USD 1,500.00	USD 1,500.00	USD 1,500.00
Asistencia enfermedades graves	Titular Solo	Titular Solo	Titular más Cónyuge	Titular más Cónyuge	Titular más Familia (5 personas incluye a titular)	Titular más Familia (5 personas incluye a titular)
Servicio Exequial con nicho a perpetuidad	Titular Solo	Titular Solo	Titular más Cónyuge	Titular más Cónyuge	Titular más Familia (5 personas, incluye a titular)	Titular más Familia (5 personas, incluye a titular)
Deducibles	Opción No. 1	Opción No. 2	Opción No. 3	Opción No. 4	Opción No. 5	Opción No. 6
Gastos médicos por accidente	USD 20.00	USD 20.00	USD 20.00	USD 25.00	USD 25.00	USD 25.00
Primas mensuales	Opción No. 1	Opción No. 2	Opción No. 3	Opción No. 4	Opción No. 5	Opción No. 6
Prima total por persona	USD 8.50	USD 13.30	USD 19.30	USD 24.50	USD 30.20	USD 35.00

PLAN PREVENIR PREMIUN

Coberturas	Opción No. 1	Opción No. 2	Opción No. 3	Opción No. 4	Opción No. 5	Opción No. 6
Muerte por cualquier causa	USD 5,000.00	USD 10,000.00	USD 15,000.00	USD 20,000.00	USD 25,000.00	USD 30,000.00
Muerte accidental	USD 5,000.00	USD 10,000.00	USD 15,000.00	USD 20,000.00	USD 25,000.00	USD 30,000.00
Invalidez Total y Permanente	USD 5,000.00	USD 10,000.00	USD 15,000.00	USD 20,000.00	USD 25,000.00	USD 30,000.00
Canasta familiar (renta mensual por muerte)	USD 3,000.00 (\$500 por mes hasta 6 meses)	USD 3,000.00 (\$500 por mes hasta 6 meses)				
Enfermedades graves (anticipo 50%)	USD 2,500.00	USD 5,000.00	USD 7,500.00	USD 10,000.00	USD 12,500.00	USD 15,000.00
Gastos médicos por accidente	USD 1,000.00	USD 1,000.00	USD 1,000.00	USD 1,500.00	USD 1,500.00	USD 1,500.00
Asistencia Enfermedades graves	Titular Solo	Titular Solo	Titular más Cónyuge	Titular más Cónyuge	Titular más Familia (5 personas incluye a titular)	Titular más Familia (5 personas incluye a titular)
Asistencia en Consultas médicas	Titular Solo	Titular Solo	Titular más Cónyuge	Titular más Cónyuge	Titular más Familia (5 personas, incluye a titular)	Titular más Familia (5 personas, incluye a titular)
Servicio Exequial con nicho a perpetuidad	Titular Solo	Titular Solo	Titular más Cónyuge	Titular más Cónyuge	Titular más Familia (5 personas, incluye a titular)	Titular más Familia (5 personas, incluye a titular)
Deducibles	Opción No. 1	Opción No. 2	Opción No. 3	Opción No. 4	Opción No. 5	Opción No. 6
Gastos médicos por accidente	USD 20.00	USD 20.00	USD 20.00	USD 25.00	USD 25.00	USD 25.00
Primas mensuales	Opción No. 1	Opción No. 2	Opción No. 3	Opción No. 4	Opción No. 5	Opción No. 6
Prima total por persona	USD 9.50	USD 14.40	USD 21.20	USD 26.40	USD 32.40	USD 37.30

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento, nombro como mis beneficiarios a:

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

Tutor (Para beneficiarios menores de edad y siempre que sea legalmente designado)

Apellidos:

Nombres:

No. Cédula I.:

DESIGNACIÓN DE DEPENDIENTES ASISTENCIA DE ENFERMEDADES GRAVES APLICA PARA PLAN ELITE OPCIÓN 3-4-5-6 Y PLAN PREMIUN OPCIÓN 3-4-5-6)

- **Titular y cónyuge:** Edad de entrada: Desde los 18 a 65 años Edad de permanencia: Hasta los 75 años
- **Hijos:** De 1 día de nacido hasta los 23 años, que sean dependientes del titular

Parentescos aceptados: Cónyuge, hijos de acuerdo al límite de edades

Nombres completos	Dirección	Fecha de nacimiento	Parentesco	C.I.

DESIGNACIÓN DE DEPENDIENTES SERVICIO EXEQUIAL (APLICA PARA PLAN ELITE OPCIÓN 3-4-5-6 Y PLAN PREMIUN OPCIÓN 3-4-5-6)

- **Titular y cónyuge:** Edad de entrada: Desde los 18 a 65 años Edad de permanencia: Hasta los 75 años
- **Hijos:** De 1 día de nacido hasta los 65 años.
- **Padres y hermanos:** Desde los 18 a 65 años.

Parentescos aceptados: Cónyuge, hijos, padres, hermanos de acuerdo al límite de edades

Nombres completos	Dirección	Fecha de nacimiento	Parentesco	C.I.

DESIGNACIÓN DE DEPENDIENTES ASISTENCIA DE CONSULTAS MEDICAS (APLICA PARA PLAN PREMIUN OPCIÓN 3-4-5-6)

- **Titular y cónyuge:** Edad de entrada: Desde los 18 a 65 años Edad de permanencia: Hasta los 75 años
- **Hijos:** De 1 día de nacido hasta los 23 años, que sean dependientes del titular

Parentescos aceptados: Cónyuge, hijos de acuerdo al límite de edades

Nombres completos	Dirección	Fecha de nacimiento	Parentesco	C.I.

DECLARACIÓN DE SALUD:

Declaro en mi calidad de solicitante que lo anotado en esta Solicitud-Certificado es verídico, que el estado de salud de todos los solicitantes es normal, que no nos han diagnosticado ni padecemos de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, cáncer, SIDA, enfermedad del sistema nervioso central, esclerosis múltiple o insuficiencia renal crónica. Entendemos que si padecemos de una de estas enfermedades, no podemos ingresar a la póliza de seguros. En caso de padecer una enfermedad diferente, favor indicar cual enfermedad, su tratamiento, y la fecha de su diagnóstico: _____

Toda omisión o falsa declaración de hechos conocidos por el asegurado aún hechos de buena fe, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. En testimonio de lo cual se extiende, firma la presente en la ciudad de _____, República de Ecuador a los _____ días del mes de _____ del año _____.

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:	
--------	--	--------	--

CONTRATANTE

ASEGURADO TITULAR