



## SOLICITUD DE SEGURO NRO:

## Datos del titular

Apellidos _____		Nombres _____	
Tipo de Documento _____			
DNI/LE <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CFP <input type="checkbox"/> CFA <input type="checkbox"/> Nro. _____	FEC. NACIMIENTO / / _____		EDAD _____ SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil Sol <input type="checkbox"/> Cas <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Viu <input type="checkbox"/>		Peso _____	Talla _____
Nacionalidad _____		Teléfonos _____	
Domicilio _____	Urbanización _____	Provincia _____	Departamento _____
Dirección de Correspondencia (solo si es diferente al domicilio) _____		Ocupación Principal _____	

## Declaración de Salud

	SI	NO
1- Se encuentra ud.. Actualmente, en buen estado de salud?		
2- Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias)		
3- Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea.?		
4- Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer.		
5- Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se esta sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnostico de alguna enfermedad.		

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA, SÍRVASE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN DETALLADA QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA:

ENFERMEDAD PADECIDA O TRATAMIENTO RECOMENDADO	Fecha	Duración	Nombre medico o clínica	Estado Actual

\_\_\_\_\_  
Fecha de Emisión

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

Finalmente declaro que estoy debidamente informado y de acuerdo con todas las condiciones especificadas en la presente solicitud.

Declaro que la información suministrada en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro y que una declaración falsa implica la nulidad de la póliza de acuerdo al art.376 del código de comercio, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito proporcionar a la aseguradora toda información, debidamente documentada, del tratamiento que haya sido sometido, o dar información necesaria en caso de daños materiales, sin limitación alguna.

Mapfre Perú es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra la Cia con motivo de la comercialización de las pólizas de Seguro. Además, entregará la póliza o certificado de seguro al contratante y/o asegurado dentro del plazo de veinte (20) días calendario sino media rechazo de la solicitud. Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones, asimismo declaro que he tomado pleno conocimiento del seguro solicitado, el cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas de MAPFRE.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Emisión

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular