

# Póliza de Muerte Accidental, Desmembramiento y Hospitalización por Accidente Seguro de Vida



 **MAPFRE**

91/80/081\_390000



Para información adicional, visita una de nuestras oficinas convenientemente localizadas alrededor de toda la Isla e Islas Vírgenes. También puedes comunicarte con tu representante autorizado, productor, agente general o con:

**TELEMAPFRE**  
**787-250-5214**  
**1-888-835-3634 (isla)**  
[www.mapfre.pr](http://www.mapfre.pr)

## Declaraciones del Solicitante y Acuerdos

1. La "Fecha de Efectividad" de la póliza será la fecha anotada en el Cuadro de la Póliza por la Oficina Matriz.  
No es la fecha en que se firma la solicitud.
2. Por la presente solicito la cubierta de seguro para la cual he indicado en el espacio correspondiente una cantidad en millares.  
He leído, o me a sido leída, la solicitud llenada y entiendo que la emisión de la póliza se basa en las declaraciones y contestaciones provistas aquí las cuales son completas y verdaderas, a mi mejor entender y creencia.

### AVISO SOBRE INFORMACIÓN FRAUDULENTO

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO O, QUE PRESENTARE, AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO BENEFICIO, O PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO DAÑO O PÉRDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y, CONVICTO QUE FUERE, SERÁ SANCIONADO, POR CADA VIOLACIÓN, CON PENNA DE MULTA NO MENOR DE CINCO MIL (\$5,000) DÓLARES, NI MAYOR DE DIEZ MIL (\$10,000) DÓLARES, O PENNA DE RECLUSIÓN POR UN TÉRMINO FIJO DE TRES (3) AÑOS, O AMBAS PENAS. DE MEDIAR CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES, LA PENNA FIJA ESTABLECIDA PODRÁ SER AUMENTADA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) AÑOS; DE MEDIAR CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES, PODRÁ SER REDUCIDA HASTA UN MÍNIMO DE DOS (2) AÑOS.

Firma del Solicitante

Fecha

Envíese la póliza a:	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Representante Autorizado
----------------------	------------------------------------	---

Firma del Representante Autorizado

Número del Representante Autorizado

Fecha

Haga los cheques y giros postales pagaderos a MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO		
Para uso de la Compañía solamente		
Número del Grupo	Número de Póliza	Fecha de Efectividad

Si desea cubierta de Incapacidad, debe comunicarse con nuestras oficinas o visitar cualquiera de nuestras sucursales.



### MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Este seguro te brinda a ti y a tu familia tranquilidad económica en caso de que te accidentes. Además, es una manera de demostrarle a tus seres queridos la responsabilidad y amor que sientes hacia ellos.

Si el Asegurado falleciera a raíz de un accidente, MAPFRE LIFE pagará a su beneficiario la cantidad de seguro previamente seleccionada por éste. Si debido a un accidente, el Asegurado pierde una combinación de dos (2) miembros principales (manos, piernas, visión), MAPFRE LIFE pagará al Asegurado la suma principal que corresponda de acuerdo a la tabla incluida. Si la pérdida es de un sólo miembro, MAPFRE LIFE pagará la mitad de la suma principal que corresponda.

### INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A ACCIDENTE

Cuando debido a un accidente el Asegurado tenga que ser hospitalizado, MAPFRE LIFE pagará la cantidad mensual que corresponda mientras el Asegurado tenga que permanecer recluso.

**Tabla de Beneficios y Tarifas**  
(Hospitalización por Accidente)

Plan	Indemnizaciones		Tarifas Mensuales	
	Muerte Accidental y Desmembramiento	Hospitalización	Individual	Familiar
1	\$10,000	\$600	\$2.00	\$3.00
2	\$20,000	\$1,050	\$4.00	\$6.00
3	\$40,000	\$1,800	\$7.00	\$10.50
4	\$60,000	\$2,400	\$10.00	\$15.00
5	\$80,000	\$3,000	\$13.00	\$19.50
6	\$100,000	\$3,600	\$16.00	\$24.00

Edades de emisión: 18 a 65 años de edad. Renovaciones hasta los 70 años de edad. Modo de pago anual, semestral, trimestral y mensual por descuento bancario. Se pueden consultar otras opciones de beneficios y tarifas.

### COBERTURA FAMILIAR

- Si al momento de la pérdida el grupo familiar consiste del Asegurado, cónyuge y sus hijos, la cubierta del cónyuge será 40% del valor nominal y la cubierta de cada hijo será 5%.
- Si al momento de la pérdida el grupo familiar consiste del Asegurado, cónyuge, pero ningún hijo: la cubierta de su cónyuge será 50% del valor nominal.
- Si al momento de la pérdida el grupo familiar consiste del Asegurado, sus hijos, pero sin cónyuge, la cubierta por cada hijo será 10% del valor nominal.

### ENDOSO BENEFICIO POR INCAPACIDAD FÍSICA TOTAL

En la eventualidad de que el Asegurado se incapacite totalmente por causa de un accidente o enfermedad durante la vigencia de este endoso, la compañía pagará por el número de días de la incapacidad total.\*

**Tabla de Beneficios y Tarifas**  
(Endoso de Incapacidad Física)

Plan	Beneficios Mensuales		Tarifas Mensuales	
	Una Unidad	Dos Unidades	Una Unidad	Dos Unidades
A	\$150.00	\$300.00	\$4.50	\$9.00
B	\$200.00	\$400.00	\$6.00	\$12.00
C	\$250.00	\$500.00	\$7.50	\$15.00

Nota: Beneficio por Incapacidad Física Total disponible solamente para el Asegurado principal. Período de eliminación de 14 días. \*Debe ser tramitado a través de las oficinas centrales de MAPFRE.

\*Las cubiertas aquí descritas son ofrecidas por MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO.

## SOLICITUD DE SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO E INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Número de Solicitud		Nombre	
Dirección Postal		Estado	
Dirección (Línea 2)		Código Postal	
Fecha de Nacimiento		Correo Electrónico	
Teléfono (Residencia)		Teléfono (Empleo)	
Ocupación		Patrono o Asociación	

Beneficiarios de los miembros del grupo familiar elegibles (utilice página adicional si el espacio no es suficiente).

Nombre	Relación

MADH (en millares) \$	Tipo de Plan	<input type="checkbox"/> Familiar
Modo de Pago <input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS
Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> MASTER CARD	<input type="checkbox"/> Anual
Modo de Facturación <input type="checkbox"/> Directo	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Banco
Prima de acuerdo al modo de pago y tipo de plan \$	<input type="checkbox"/> Nómima	<input type="checkbox"/> Asociación
Prima pagada con esta solicitud \$		

Cónyuge e hijos solteros dependientes a ser incluidos en cubierta solicitada:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco