

Tu Aseguradora global de confianza!

1. DATOS ESPECÍFICOS DE PÓLIZA

Seguro nuevo	VIGENCIA DEL SEGURO	Tipo de Envío
Renovación de la Póliza N°: _____	Desde: _____	<input type="checkbox"/> Courier ENTRADA N°: _____
Suplemento de la Póliza N°: _____	Hasta: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Digital
Seguro Individual <input type="checkbox"/>	Seguro Colectivo <input checked="" type="checkbox"/>	Otros, espec. _____
Agente: JOELMA ZOCHE	Matrícula N°: 812	Ofic. Comercial: SANTA RITA
		Ejecutivo: FABIULA NOGUERA

2. DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

Nombre / Razón Social: **FEDERACION PARAGUAYA DE CICLISMO**

CIP: _____ RUC: **80031091-8** CRP: _____ CRC: _____

Domicilio Laboral / Comercial: **MEDALLISTAS OLIMPICOS N1 AUTOPISTA ÑU GUAZU**

Barrio: **URBANO** Ciudad: **LUQUE** Teléfono: **0992-558974**

3. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: _____

CIP: _____ RUC: _____ CRP: _____ CRC: _____

Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: **F () / M ()**

Profesión: _____ Actividad / Ramo / Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Particular: _____

Barrio: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Domicilio Laboral / Comercial: _____

Barrio: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

4. DECLARACIÓN DE SALUD BÁSICA (En caso afirmativo, favor detallar)

1. ¿Padece o está siendo tratado por alguna enfermedad? NO: SI:

2. ¿Presenta algún defecto físico, mutilación o deformación? NO: SI:

Indique además: Estatura: _____ cm. Peso: _____ Kg.- Ud. es: Zurdo Diestro Ambidiestro

5. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE Y APELLIDO	Parentesco	Doc. de Identidad	Fecha Nac.	% de Distrib.

6. Coberturas y Sumas Aseg.	Coberturas		Suma Asegurada		7. Liquidación del Premio
	Muerte Accidental		SEGÚN OPCION ELEGIDA		Prima de Tarifa
	Invalidez Total o Parcial Permanente x Accidente, según baremo.		SEGÚN OPCION ELEGIDA		Recargo Administrativo
	Gastos Médicos por Accidente.		SEGÚN OPCION ELEGIDA		Prima
	Reembolso por Gastos de Sepelio.		SEGÚN OPCION ELEGIDA		I.V.A. sobre Prima.
	Accidentes x Uso de Motocicletas.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			Premio
	Renta Diaria (Adelanto de la Suma asegurada de Muerte).		0		Interés por Financiamiento
	Protección Familiar (Adelanto de la Suma asegurada de Muerte)		0		I.V.A. sobre Interés
	Asistencia al Viajero	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			Costo del Financiamiento
	TOTAL DE SUMA ASEGURADA				Costo Total del Seguro

8. PLAN y FORMA DE PAGO

CONTADO Importe de la Inicial: _____ Cupón de pago

FINANCIADO + _____ Cuotas de: _____ Débito En cuenta Tarj. de Crédito

1. Declaraciones del Tomador y/o de su Representante Legal

1.1 Declaro que toda la información contenida en esta Solicitud de Seguro es cierta, actualizada y completa, por ende, asumo la responsabilidad sobre la veracidad de la misma.

1.2 Declaro y reconozco que la referida información será la base del Contrato con MAPFRE PARAGUAY Cia. de Seguros S.A., en caso que MAPFRE PARAGUAY Cia. de Seguros S.A. aceptare esta solicitud y por ende, emita la respectiva Póliza de Seguro, comprometiéndome al cumplimiento de sus cláusulas y condiciones y a pagar el premio establecido.

1.3 Declaro que el dinero que será utilizado para el pago de la prima provendrá de fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas a que se refiere la Ley Nro. 1015/97 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes".

1.4 Declaro tomar conocimiento de los requisitos de informaciones que me serán solicitadas al momento del pago que deba realizarse en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, si los hubiere, (de conformidad con lo establecido en la Resolución 071/2019 de la SEPRELAD "Reglamento de prevención de lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, basado en un sistema de gestión de riesgos para sujetos obligados supervisados por la Superintendencia de Seguros del Banco Central del Paraguay" y/o cualquier disposición vigente al respecto, la cual se encuentra disponible en www.seprelad.gov.py).

2. Autorizaciones del Tomador y/o de su Representante Legal

2.1 Autorizo a MAPFRE PARAGUAY Cia. de Seguros S.A., a enviar por medios electrónicos SI (x) NO () al e-mail declarado en la presente Solicitud, la póliza de seguro propiamente dicha; las modificaciones y/o suplementos y/o anexos y/o cualquier otro documento relativo a la póliza de seguro; ya sea que estas estuvieren firmadas con el uso de la firma facsimilar (de conformidad con lo establecido en la Resolución N° 014/08 de la SIS, cuya copia se encuentra disponible en el sitio web de la Compañía: www.mapfre.com.py) y/o con el uso de la firma digital (de conformidad con lo establecido en la Ley N° 4017/2010 "De validez jurídica de la firma electrónica, la firma digital, los mensajes de datos y el expediente electrónico", cuya copia se encuentra disponible en el sitio web de la Compañía: www.mapfre.com.py).

2.2. En caso de que el Tomador indique NO en la opción de envío de la póliza por medios electrónicos, se enviará la póliza de seguro propiamente dicha; las modificaciones y/o suplementos y/o anexos y/o cualquier otro documento relativo a la póliza de seguro de forma impresa al domicilio declarado en la presente solicitud firmadas con el uso de la firma facsimilar (de conformidad con lo establecido en la Resolución N° 014/08 de la SIS, cuya copia se encuentra disponible en el sitio web de la Compañía: www.mapfre.com.py).

2.3. Autorizo comunicaciones telefónicas o por cualquier medio relativas a la póliza de seguro (tales como las referentes al vencimiento o cualquier otra información relativa a la misma).

2.4. Autorizo a MAPFRE PARAGUAY Cia. de Seguros S.A. a efectuar el tratamiento de mis datos personales consignados en este documento (incluyendo, pero sin limitar la recolección, el almacenamiento y la transferencia), tanto para su utilización en su sede en Paraguay, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, o de prestación de servicios pertenecientes al Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiales y participadas, administraciones públicas y a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, incluso cuando la cesión suponga una transferencia internacional de datos, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Con la finalidad de mantener una base de datos de respaldo con fines de seguridad informática; llevar controles estadísticos y realizar análisis de escenarios de negocios exclusivamente para uso interno, que contribuyan a la optimización del servicio contratado. Todos los datos que se proporcionen reciprocamente entre el tomador del seguro/asegurado/beneficiario y la aseguradora, en virtud del presente contrato, con independencia del soporte en que se encuentren o entreguen, tienen carácter absolutamente reservado y confidencial. El tomador/asegurado/beneficiario se compromete a mantener en todo momento los datos facilitados debidamente actualizados y a comunicar a la Entidad cualquier cambio o modificación que se produzca en los mismos.

2.5. Por el presente instrumento autorizo(amos) en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a) del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer información en plaza referente a mí (nuestro) cumplimiento de pago de primas de seguros, cantidad y monto de reclamos realizados, ya sea por escrito o por procedimientos informáticos.

Cuando el Texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza (Art. 1556 C. Civil).

En caso de necesidad, para el análisis del o de los riesgos, autorizo a MAPFRE PARAGUAY COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., la verificación del expediente clínico de internación y consultorio obrante en el Sanatorio o Centro Médico Asistencial _____ y obtener copia de dicho historial.

PRÓRROGA TÁCITA: Autorizo a MAPFRE PARAGUAY Cia. de Seguros S.A., a realizar la prórroga del presente contrato de seguro por el término máximo de un período conforme al Artículo 1563 del Código Civil Paraguayo. Si (x) No (). La prórroga tácita se suscribirá bajo las mismas condiciones que fueron convenidas en la vigencia inmediata anterior. Se deja constancia que será facultad de la Compañía Aseguradora aceptar o ejecutar la Prórroga Tácita en el momento que se deba proceder a la misma.