

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

I Nombres y Apellidos del solicitante:

Lugar y fecha de nacimiento: _____, ____/____/____ (día/mes/año)
Estado civil: _____ Peso: _____ Estatura: _____ cm.
Cédula de identidad o RUC: _____ Correo electrónico: _____
Enviar correspondencia a: Casa Trabajo
Dirección domicilio: _____ Ciudad: _____
Teléfono domicilio: _____ Teléfono celular: _____
Dirección trabajo: _____ Ciudad: _____
Teléfono trabajo: _____

II Vigencia de la póliza: Desde el ____/____/____ a las 12h00 (día/mes/año) Hasta el ____/____/____ a las 12h00 (día/mes/año)

III Coberturas y valores asegurados solicitados:

		SUMA ASEGURADA
MUERTE ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/> Sí	_____
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
GASTOS MEDICOS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

IV Profesión y/u ocupación: _____

Nombre empresa: _____

Las actividades de su ocupación o hobbies requieren:

Trabajos de escritorio únicamente: No Sí

Trabajos manuales: Sin uso de máquinas Con uso de máquinas

¿Tiene otras ocupaciones o actividades aparte de las detalladas? No Sí

Detalle: _____

V ¿Qué deportes practica?

¿Maneja automóvil? No Sí ¿Maneja o usa motocicleta? No Sí Tipo de licencia: _____

¿Participa o piensa participar en carreras o competencias de automotores? No Sí

¿Viaja con frecuencia? No Sí

Sírvase detallar: _____

¿Viaja en vuelos de líneas comerciales con itinerarios regulares o en otro tipo de vuelos? No Sí

Sírvase detallar: _____

VI ¿Goza de buena salud? No Sí ¿Ha consultado al médico por alguna causa en los últimos 2 años?

No Sí ¿Por qué? _____

¿Padece de algún defecto físico? (sordera, miopía y el número de dioptrías, amputación o falta de algún miembro, etc.). No Sí

Sírvase detallar: _____

¿Ha sufrido algún tipo de accidente? No Sí Detalle por favor: _____

¿Qué lesiones tuvo?

¿Dejaron consecuencias?

VII ¿Alguna compañía de seguros que opera en los ramos de accidentes personales, vida o salud ha:

Rechazado o pospuesto una solicitud suya? No Sí

Cancelado o rehusado renovar su póliza? No Sí

Aceptado una solicitud suya con recargo de prima o limitación de cobertura? No Sí

VIII ¿Tiene actualmente otra póliza de seguro de accidentes personales, enfermedades o de vida? En caso afirmativo, sírvase dar los siguientes detalles:

Compañía	Ramo	Suma asegurada	Vigencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IX En caso de fallecimiento, nombro como mis beneficiarios a:

Nombres completos	Número de Cédula	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

La presente solicitud forma parte integrante de la Póliza de seguro contra Accidentes Personales, y ésta se viciará de nulidad relativa si hubiere cualquier reticencia o información inexacta en esta solicitud, o si hubiere omitido en ella cualquier dato de aquellas circunstancias que conocidas por la Compañía pudieron haberla retraído de celebrar el contrato de seguro o haberla llevado a modificar sus condiciones.

Tal nulidad relativa se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Conocedor de pena de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la compañía, en caso de emitirse la póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Todas las preguntas deben ser contestadas.

La responsabilidad de la Compañía no comienza hasta que la póliza haya sido emitida y la prima pagada.

Lugar y fecha: _____

EL SOLICITANTE

EL AGENTE