

## Solicitud de Seguro Individual de Accidentes Personales

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Compañía.

### I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>
<b>No. De RTN (Anexar Copia)</b>	<b>No. De Identificación (Anexar Copia)</b>	<b>Tipo de Identificación:</b>	
		Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>	

### II. DATOS COMPLEMENTARIOS

1. ¿Tiene, ha tenido o está tramitando otro seguro de Accidentes Personales? Sí  No  ¿Con que Compañía y con qué montos?

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigencia

2. ¿Maneja usted motoneta, motocicleta o patineta? Sí  No   
¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

3. ¿Viaja usted habitualmente? Sí  No   
¿Adonde? \_\_\_\_\_

4. ¿Trabaja manualmente? Sí  No

5. ¿Es zurdo? Sí  No

6. ¿Tiene usted algún impedimento o defecto físico? Sí  No

7. ¿Ha sufrido algún accidente cuyas consecuencias permanezcan hasta la actualidad? Sí  No

En casi afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha sufrido alguna enfermedad cuyas consecuencias permanezcan hasta la actualidad?  
 Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

9. ¿Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ella?

- Vértigo Sí  No
- Parálisis Sí  No
- Sordera Sí  No
- Ceguera Sí  No
- Epilepsia, ataques o convulsiones Sí  No
- Enfermedades del corazón, venas varicosas,  
 afecciones coronarias, aneurismas Sí  No

10. ¿Qué deporte práctica y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha sufrido alguna operación o ha estado ingresado en un hospital en los últimos 5 años?  
 Sí  No

12. ¿Ha reclamado anteriormente algún beneficio de póliza de Accidentes, Enfermedades o por Invalidez en póliza de Vida? Sí  No

13. ¿Viaja como pasajero en vuelos aéreos privados? Sí  No   
 ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

14. ¿Es piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? Sí  No

**III. BENEFICIARIO**

- En caso de fallecimiento del Asegurado el importe de la Suma Asegurada se pagará a las personas que el asegurado designe a continuación:  
**(Son de libre designación y con carácter gratuito)**

Beneficiarios Principales	Parentesco	%

Beneficiarios Contingentes	Parentesco	%

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en el presente certificado en cualquier tiempo, sin embargo esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

#### IV. VIGENCIA

Entrará en vigor: Desde: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Al medio día Al medio día

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiera cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Compañía se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Compañía.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguros, así mismo hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza a emitirse.

#### V. AUTORIZACIONES

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a Seguros Atlántida, S.A., o a mi corredor de seguros.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_