

Solicitud de Seguro Contra Accidentes Personales

Protección Vital

¿Desempeña o ha desempeñado usted o un familiar (conyugue, padres, abuelos, nietos, hermanos, hijos, suegros, cuñados) un cargo o función pública destacadas en el país o en un país extranjero?

SI ___ NO ___

I. DATOS DEL ASEGURADO (Nota: En caso de que alguna de las consultas no aplique, favor escribir "N/A")

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Genero	Estado Civil
	Día () Mes () Año ()	M () F ()	Soltero () Casado () Unión Libre () Viudo ()
Nacionalidad (es):			
No. De Identificación (Anexar Copia)	No. De RTN (Anexar Copia)	Tipo de Identificación:	
		Tarjeta de identidad () Pasaporte () Carné de Residente ()	
Dirección Completa de Residencia			
País	Departamento	Municipio	Colonia
Calle		Bloque	Casa
No. De Teléfono Fijo	No. De Teléfono Móvil	Correo Electrónico	
Especifique detalladamente su fuente de Ingreso: Asalariado () Independiente () Estudiante () Rentista ()			
Ama de Casa () Accionista () Pensionado () Jubilado () Otros _____			
Profesión, Ocupación, oficio o Actividad Económica	Nombre de la Empresa o negocio donde labora:	Cargo Desempeñado	Tiempo de laborar
Giro del Negocio: Industrial () Comercial () Transporte () Construcción () Agrícola () Organizaciones sin fin de lucro () Servicios Financieros () Otra _____			
Nivel de Ingresos Mensuales-. 0.01 - L 20,000.00 () L 20,000.01 - L 50,000.00 () L 50,000.01 - L 100,000.00 () L 100,000.01 - L 500,000.00 () L 500,000.01 - en adelante ()			

Dirección Completa del Empleador			
País	Departamento	Municipio	Colonia
Calle		Bloque	Casa
No. De Teléfono Fijo	Sitio Web	Correo Electrónico	
Nombre del Cónyuge (si aplica)			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Nombre completo e identidad de la persona de quien depende económicamente (si aplica):

Número de identificación	Tipo de identificación:		
	Tarjeta de Identidad ____ Pasaporte ____ Carné de Residente ____		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	

II. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL SEGURO

- La edad de aceptación será de 18 a 65 años.

III. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL CONTRATO

1. ¿Conduce usted motocicleta? Si (___) No (___)
2. ¿Vuela usted en avión privado? Si (___) No (___) En caso afirmativo, ¿Cuántas horas vuela al año? _____

IV. BENEFICIARIOS

- 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)

Nombre y Apellidos	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.

V. VIGENCIA

Entrará en vigor: Desde: _____ de _____ del _____ Hasta _____ de _____ del _____
Al medio día Al medio día

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

El solicitante autoriza a la Institución Financiera para que realice el débito de su cuenta de ahorro, Cuenta de Cheque o el cargo de su Tarjeta de Crédito, de la suma correspondiente, según la periodicidad de pago de prima seleccionada y de acuerdo al Plan escogido.

Firma del solicitante _____ Fecha de solicitud _____