

Solicitud de Seguro Colectivo 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.

En relación con esta solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado y para los efectos correspondientes proporciono la siguiente información:

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
No. De RTN (Anexar Copia)	No. De Identificación (Anexar Copia)	Tipo de Identificación:	
		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 emitiere 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 _____