

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL SOLICITUD DE SEGURO

A) DATOS DEL ASEGURADO					
Nombre Completo (según Identificación)					
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento		Sexo	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2
	Día	Mes	Año	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Número de Identificación	Tipo de Identificación			No. de RTN	
	Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residente <input type="radio"/>		
Correo electrónico	Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)		
Dirección completa de residencia actual			Municipio actual	Departamento actual	
			Teléfono de residencia	Número de celular	
Profesión,oficio o actividad económica	Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña		
Tiempo de laborar en la empresa	Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad económica del Negocio (si aplica)		
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)			Dirección completa del negocio (si aplica)		
Municipio _____ Departamento _____					
Giro o actividad económica de la empresa	Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial		
A que se dedica	Asalariado <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Rentista <input type="radio"/>	Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente	
	Socio <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Jubilado <input type="radio"/>	Estudiante <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/> Especifique _____
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica ?		SI	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	
De 0 - 3 <input type="radio"/>	De 4 - 6 <input type="radio"/>	Si su respuesta es SI detalle:		Tipo de moneda:	
De 7 - 10 <input type="radio"/>	De 11 - 20 <input type="radio"/>	Fuente de ingresos:		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
De 21 - 50 <input type="radio"/>	De 50 en adelante <input type="radio"/>	Valor mensual estimado:			
C) FATCA					
Tributa para el Gobierno de EUA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)			
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)					
Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Cargo:	Institución:		
En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)					
E) RIESGOS A CUBRIR					
Riesgos a cubrir		Suma asegurada		Prima anual	
Coberturas Básicas:					
1. Muerte accidental					
2. Desmembramiento o pérdida de la vista					
3. Accidente de aviación Comercial					
Coberturas adicionales:					
1. Incapacidad permanente o temporal					
2. Reembolso de gastos médicos					
3. Cobertura amplia de vuelo					
TOTAL SUMA ASEGURADA					
F) BENEFICIARIOS					
NO.	Nombre	Identidad	Dirección	Parentesco	Porcentaje %
<p>¿Ha presentado usted. Alguna vez solicitud de Seguro de Accidente, Enfermedad, Incapacidad, Hospitalización o vida y cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada? <input type="radio"/> ¿ha tenido algún seguro de ese tipo que haya sido modificado o que haya tenido aumento en tasa de prima o haya sido cancelado o cuya renovación haya sido denegada?</p> <p>_____</p>					

