



**DAVIVIENDA**  
Seguros

**Seguro de Accidentes Personales**  
Solicitud del Seguro

**Plan Familiar**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección Completa del Asegurado: Bo/Col/Res: \_\_\_\_\_

Bloque: \_\_\_\_\_ Avenida/Calle: \_\_\_\_\_ No. Casa: \_\_\_\_\_

Mun/Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Otras Señas: \_\_\_\_\_

Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro Tel.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Zona: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Colocador: \_\_\_\_\_ Tipo de Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_ Forma de Pago: \_\_\_\_\_

**Coberturas y Valores Asegurados**

**PLANES FAMILIARES**

Plan I <input type="checkbox"/>	Muerte Accidental	Gastos Médicos por Accidente	Asistencia Médica	Deducible Cobertura Gastos Médicos	Prima Mensual	Prima Anual
Titular			24/365			
Cónyuge			24/365			
Hijos c/u*			24/365			

\* Máximo 3 Hijos por Plan

**Beneficiarios (Son de Libre Designación):**

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco



**Beneficiarios Contingentes:**

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

**Datos del Cónyuge**

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_  
Numero de identificación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Beneficiarios del Cónyuge:**

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

**Datos de los hijos (Máximo 3 hijos)**

**Hijo N° 1**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de identificación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Beneficiarios**

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

Máximo 3 beneficiarios en el primer grado de Consanguinidad

**Hijo N° 2**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de identificación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Beneficiarios**

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

Máximo 3 beneficiarios en el primer grado de Consanguinidad



Hijo N° 3

Nombre:

Numero de identificación:

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA:

Edad:

**Beneficiarios**

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

Máximo 3 beneficiarios en el primer grado de Consanguinidad

LA0570

