

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

I.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:	
			Día:	Mes:	Año:				
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:					
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono de Residencia:			Teléfono Celular:			Fax No.:			
Correo electrónico:					Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:				
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):									
Nombre de la empresa donde labora:			Posición /Cargo que desempeña:			Tiempo de laborar en la empresa:			
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:			Sitio web:		
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:			Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.: De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/> De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>						
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?									
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.									
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?									

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:		Nombre Comercial:		No. R.T.N.	
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:					
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico		Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:					
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:					
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.					
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:					
		Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación	
1.					
2.					
3.					

Continua.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcen Participación:

Participación:	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
4.			
5.			
6.			
7.			
Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1:		2:	
Monto aproximado Anual de: Total de Activos:		Total de Ventas:	Ingresos Anuales:
Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Detallar a cual pertenece:	
Detalle al menos dos Proveedores Principales 1:		2:	
Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica:			

III.- DIRECCIÓN DE COBRO

 Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

IV.- VIGENCIA

 Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12:00m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m
 Día Mes Año Día Mes Año

V.- COBERTURAS Y CALCULO DE PRIMA

 MONEDA: LPS:

 US\$:

No.	Coberturas	Amparado/Excluido	Suma Asegurada
A	Coberturas Básicas.		
I	Muerte Accidental		
II	Accidentes de Aviación Comercial		
III	Extensión de la Cobertura		
	Coberturas Adicionales		
	1. Incapacidad Total y Permanente		
	2. Incapacidad Temporal		
	3. Reembolso de Gastos Médicos		
		Total Suma a Asegurar	
		Prima Neta	
		Gastos de Emisión	
		Prima Anual	

VI.- FORMA DE PAGO

Anual: <input type="checkbox"/>	Semestral: <input type="checkbox"/>	Trimestral: <input type="checkbox"/>
Otros: <input type="checkbox"/> Especifique:		

VII.- INFORMACION ADICIONAL

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)	
b) Las personas aquí descritas están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando? Suma Asegurada?, Con qué Compañía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? Explique:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A cuanto ascendió la pérdida?, Causas?	

DECLARACION DEL CONTRATANTE: Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información en relación al grupo asegurable es verídica y exacta, y además todas las personas que aparecen en dicha relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si en el momento de emitirse la póliza solicitada, alguno de ellos no reúne los requisitos de aseguramiento, quedará excluido del seguro, pudiendo ser incorporado al desaparecer las causas que motivan su exclusión. Así mismo queda entendido y convenido que esta aplicación se considera como una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros del País, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud, por lo tanto autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener de cualquier fuente incluyendo la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, la información que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. ya sea que se otorgue el seguro o no. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

_____ Nombre del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación	_____ Firma del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación
---	--

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios