

**SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES
SOLICITUD DE SEGURO**



Por la presente solicito de SEGUROS ATLANTIDA, S.A., inscribir como Asegurado, en la Póliza Colectiva de Accidentes Personales CAP No. _____ expedida a nombre de _____ a _____ quien ingresó el _____ de _____ de _____ y con remuneración de L. _____, cubriendo los siguientes beneficios:

R.T.N. _____

 Contratante o Patrono

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido			Nombre	Apellido de Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento			Edad	Nacionalidad
	Día	Mes	Año		
Número de Identificación	Tipo de Identificación				
	Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carne de Residente <input type="checkbox"/>
Sexo	Estado Civil			Nombre Completo del Cónyuge	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	UL <input type="checkbox"/>	
Dirección Completa de Residencia:					
Teléfono de Residencia:		Correo Electrónico:		Fax No.:	
Nombre del Negocio (si aplica):					
Giro o Actividad Económica del Negocio: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual: _____					
Nombre de la Empresa donde labora	Posición / Cargo que desempeña			Tiempo de laborar en la empresa	
Dirección Completa de la Empresa donde labora:					
Teléfono de Trabajo:			Sitio Web:		
Especifique detalladamente su fuente de ingresos: Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>					
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)					

II. RIESGOS CUBIERTOS

- a) Muerte Accidental
- b) Incapacidad Permanente
- c) Incapacidad Temporal
- d) Reembolso de Gastos Médicos deducible del _____ por ciento hasta

SUMAS ASEGURADAS

- L. _____
- L. _____
- L. _____
- L. _____

III.

- a) Profesión u Ocupación _____
- b) ¿Adolece de algún grado de incapacidad permanente? _____

IV. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	DISTRIBUCION	# IDENTIFICACION

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos, y acepto que sirvan de base para la inscripción solicitada.

Fecha: _____
DIA MES AÑO

Nombre y Firma del Solicitante