

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora.

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 R.T.N. (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? SI NO
¿Con que Aseguradora y con qué montos?

Aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigencia

2. ¿Maneja usted motoneta, motocicleta o patineta? SI NO
¿Con que frecuencia? _____

3. ¿Viaja usted habitualmente? SI NO
¿Adonde? _____

4. ¿Trabaja manualmente? SI NO

5. ¿Es zurdo? SI NO

6. ¿Tiene usted algún impedimento o defecto físico? SI NO

7. ¿Ha sufrido algún accidente cuyas consecuencias permanezcan hasta la actualidad? SI NO
En caso afirmativo, explique: _____

8. ¿Ha consultado algún médico por las siguientes enfermedades o ha padecido alguna de ella?

-Vértigo SI NO

-Parálisis SI NO

-Sordera SI NO

-Ceguera SI NO

-Epilepsia, ataques o convulsiones SI NO

-Enfermedades del corazón, venas varicosas, afecciones coronarias, aneurismas SI NO

9. ¿Qué deporte practica y con qué frecuencia? _____

10. ¿Ha sufrido alguna operación o ha estado ingresado en un hospital en los últimos 5 años? SI NO

11. ¿Ha reclamado anteriormente algún beneficio de póliza de Accidentes, Enfermedades o por Invalidez en póliza de Vida? SI NO

