

**SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**SOLICITUD DE SEGURO**



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

**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 sufrido alguna enfermedad cuyas consecuencias permanezcan hasta la actualidad? SI  NO   
En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

9. ¿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

10. ¿Qué deporte practica y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

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

