

**ATLÁNTIDA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS**  
**SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ mts Peso: \_\_\_\_\_ lbs

Género: M ( ) F ( ) Celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales: US\$ \_\_\_\_\_ ¿Ha fumado en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Describe en qué consisten sus labores: \_\_\_\_\_

Otra ocupación: \_\_\_\_\_ Deportes o aficiones que practica: \_\_\_\_\_

Para envío de correspondencia: Residencia ( ) Trabajo ( ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**COBERTURAS**

Muerte Accidental	US\$
Incapacidad Permanente y pérdida de miembros	US\$
Reembolso de Gastos Médicos	US\$
Renta diaria por Incapacidad Temporal	US\$
Gastos Funerarios	US\$

Forma de pago	
Anual	( )
Semestral	( )
Trimestral	( )
Mensual	( )

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

¿Maneja motocicleta?	SI	NO	¿Es zurdo?	SI	NO
¿Tiene algún impedimento o defecto físico?	SI	NO	¿Ha sufrido algún enfermedad que dejo secuela?	SI	NO
¿Ha reclamado en alguna póliza por accidentes, enfermedades o invalidez?	SI	NO	¿Ha estado ingresado en un hospital en los últimos 5 años?	SI	NO
¿Viaja como pasajero en aeronaves privadas?	SI	NO	¿Es o piensa estudiar para piloto aviador?	SI	NO

Si ha respondido SI en alguna pregunta, favor amplíe: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS**

Nombre completo	Parentesco	% Suma Asegurada

De conformidad a los artículos 1370, 1371, 1372 del Código de Comercio de El Salvador: En mi calidad de solicitante del seguro, hago constar que la información que figura en esta solicitud para la apreciación del riesgo, que forman parte de la misma, la he dado personalmente, es verdadera y exacta, que no he emitido, desvirtuado u ocultado antecedente médico. Convengo en que la veracidad de tales datos y respuestas constituyan la base del contrato del seguro que solicito; en caso contrario, éste será nulo. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio, aseguradora, para que proporcione a Atlántida Vida, S.A. Seguros de Personas, la información que esta requiera en relación al seguro que solicito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

Nombre y firma del Asesor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_