

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

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

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: _____