

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Por la presente solicito de SEGUROS ATLANTIDA, S.A., inscribir como Asegurado, en la Póliza Colectiva de Accidentes Personales CAP N° _____ expedida a nombre de _____

a _____
 (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)
 quien ingresó el _____ de _____ de _____ y con remuneración de Lps. _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Para tal objeto proporcione a continuación los siguientes datos:

1. a) Nombre Completo: _____
 (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)
- b) Número de Identidad: _____
- c) Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ años
 (Día) (Mes) (Año)
- d) Lugar de Nacimiento: _____
 (Ciudad) (País)
- e) Correo Electrónico: _____
- f) Domicilio: _____ Tel. _____
 (Calle o Ave.) (N°) (Ciudad)

2. a) Profesión u Ocupación: _____

(Especifique el título que posee, el puesto que desempeña y los deberes y actividades que realiza).

- b) Nombre del Empleador: _____
- c) Dirección del Empleador: _____ Tel. _____
- d) ¿Fuera de su trabajo tiene usted otras ocupaciones? _____

3. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

4. a) ¿Tiene que viajar mucho? _____
- b) ¿Viaja en avión? _____

5. RIESGOS ESPECIALES:

- a) Práctica de fútbol, béisbol, esquí acuático: _____
- b) Práctica de polo, pesca, en alta mar, rodeo, rugby, boxeo: _____
- c) Manejo de aviones y helicóptero privado: _____
- d) Viajar en aviones y helicópteros privados: _____
- e) Manejar motonetas, motocicleta, patineta: _____

6. ESTADO DE SALUD:

- a) ¿Está perfectamente sano? _____
- b) ¿Ha sufrido algún accidente grave? _____
- c) ¿Adolece de algún grado de incapacidad permanente, no mayor de 50% conforme se indica en la tabla respectiva de las Condiciones Generales de esta solicitud? _____

d) Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: anemia perniciosa, aneurismas, angina de pecho, apoplejía, arteriosclerosis, ataques o convulsiones, ataxia locomotriz, bocio tóxico, cáncer y tumores malignos, ceguera total o parcial, diabetes, drogas (afectos a drogas), enfermedades crónicas gastrointestinales, enfermedades del cerebro, enfermedades del corazón, enfermedades de la espina dorsal, epilepsia, gibosis, (joroba, corcova, curvatura, de la espina dorsal) glaucoma, gota, hipertensión o hipotensión arterial, leucemia, locura, (parkinsonianos, melancólicos, etc. O cuando hayan estado en tratamiento por enfermedad mental), mal de bright (nefritis crónica), neurastenia, parálisis, riñón (falta de uno), sífilis, sordera, sordomudo, tuberculosis, úlceras, uremia, vértigos o desmayos: _____

e) ¿Adolece de alguna deficiencia visual o auditiva? _____

7. ¿Es zurdo o ambidextro? _____

8. OTROS SEGUROS:

a) ¿Tiene otros seguros de Accidentes Personales o de Vida con ésta u otra Compañía? _____

b) ¿Cuales son los riesgos cubiertos y las sumas Aseguradas? _____

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden han sido escritas o dictadas por mi, personalmente, y son completas y verdaderas. Convengo, por lo tanto, en que sirvan de base a la Compañía para verificación de la información y la emisión de la póliza que solicito.

_____ de _____ de 20 _____

(f) _____
El Agente

(f) _____
El Solicitante