

## SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

Por la presente solicito de SEGUROS ATLANTIDA, S.A., me sea extendida una póliza de Seguros Contra Accidentes Personales por el período de \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Para tal objeto proporciono 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.) (Nº) (Ciudad)
- g) Celular: \_\_\_\_\_

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) ¿Adelece 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 mí, 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