**SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL**

### CODIGO SPVS No.: 109-911214-2006 10 267-3001

R.A. 1192/06

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Contratante |  |  |  |  |
|  | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | 1er NOMBRE | 2do NOMBRE |
| Dirección |  | Teléfono |  |
| Relación con el Asegurado |  | NIT |  |
| 2. Asegurado |  |  |  |  |
|  | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | 1er NOMBRE | 2do NOMBRE |
| 3. Lugar y fecha de nacimiento |  | Estado Civil |  |
| 4. Ingreso mensual |  | NIT |  | Carnet de identidad |  |
| 5. Domicilio |  | Teléfono |  |
| 6. Dirección de cobranza |  | Teléfono |  |
|  |  |  |  |
| 7. Ocupación/Profesión |  | Director |  | Ejecutivo |  | Dueño |  |  |
|  |  | Empleado |  | Capataz |  | Ejecutivo |  |  |
|  |  | Obrero |  | Otro (especificar) |  |  |
| 8. Firma en la que trabaja |  | Ciudad |  |
| Dirección |  | Teléfono |  |
| 9. Descripción de sus actividades |  |
| Dónde desarrolla sus actividades: |  | Yacimientos |  | Trabajo manual |  | Calle |  | Taller |
|  |  | Vigilancia |  | Tienda |  | Oficina |  | Fábrica |  | Obras |
|  |  | Almacén |  | Minas |  | Otros |  |
| Ha tenido alguna vez que cambiar de actividad por motivos de salud? |  | SI |  | NO |
|  | En caso afirmativo explicar: |  |
| 10. En su trabajo emplea: |  | Máquinas |  | Aparatos mecánicos |  | Inflamables |
|  |  | Corriente eléctrica |  | Productos químicos |  |  |
| 11. Actividad adicional (descripción): |  |
| 12. Actividades desempeñadas como pasatiempo: |  |
| 13. Vehículos que maneja: |  | Vehículo particular |  | Vehículo de alquiler |
|  | Camión |  | Bus/flota |  | Avión |  | Motocicleta/motoneta/cuadratrack |  | Helicóptero |
|  | Yate |  | Otro (especificar) |  |
|  |  |  |  |  |
| 14. Deportes que practica |  | Fútbol |  | Básquet |  | Tenis |  | Patinaje |  | Box |
|  |  | Lucha libre |  | Equitación |  | Pelota vasca |  | Ski |  | Natación |
|  |  | Esgrima |  | Caza menor/mayor |  | Pesca en alta mar |  | Equitación |  | Atletismo |
|  |  | Polo |  | Volibol |  | Paracaidismo |  | Raquetball |  | Andinismo |
|  |  | Otros |  |  |  |  |  |
| Por salud e higiene |  | Si |  | No |  | Intensivamente |
| Como semi-profesional |  | Si |  | No |  | Como profesional |
| Frecuentemente |  | Si |  | No |  | Ocasionalmente |
| 15. Viaja con frecuencia en |  | Aviones de aerolíneas comerciales |  | Aviones y/o helicópteros privados |
|  |  | Indicar tipo y frecuencia |  |
|  |  | Buses/Flotas |  | Ferrocarril/Tren |  | Otros (especificar) |  |
| 16. Datos Físicos: | Peso actual |  | Estatura |  | Es zurdo |  |
| 17. Tuvo algún accidente alguna vez? |  | SI |  | NO |
| 18. Sufrió alguna lesión corporal? |  | SI |  | NO | Fecha |  | Estado actual |  |
| 19. Estado de salud actual? |  |
| 20. Tuvo algún otro seguro de accidentes? |  | SI |  | NO |
| Anexo a póliza de vida? |  | Otra póliza de accidentes |  |
| Capitales? |  | Compañías? |  |
| Detallar vigencia de las otras pólizas en otras compañías: |  |
|  |  |
| Le han rechazado o declinado la renovación de alguna póliza de Seguro de Vida? |  | SI |  | NO |
| Se le ha aplicado recargo en las primas? |  | SI |  | NO |
| De Accidentes Personales? |  | SI |  | NO |
| 21. Riesgos especiales que se requieren incluir mediante extra-prima: |
| Favor detallar: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 22. En los últimos dos años: |
|  | En caso afirmativo indicar: fecha –diagnóstico: |
| Ha sufrido algún accidente que haya requerido ser tratado por un médico? |  | SI |  | NO |  |
| Está Ud. Actualmente sometido a algún tratamiento o terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo? |  | SI |  | NO |  |
| Ingiere Ud. Vinos, licores, cerveza u otras bebidas alcohólicas. Consumo diario? |  | SI |  | NO |  |
| Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique |  | SI |  | NO |  |
| Usa Ud. o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? |  | SI |  | NO |  |
| Quién se los ha indicado, por qué causa en qué cantidad? |  |
| 23. Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir de: |  |
| 1. Vértigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas, encefalitis, ataques o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso?
 |  |
|  | SI |  | NO |
| En caso afirmativo indicar: fecha –diagnóstico y tratamiento: |
|  |
| 24. Nombre, dirección, parentesco y porcentaje de la indemnización asignado a los beneficiarios en caso de muerte: |
| Nombre | Dirección | Parentesco | % |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RIESGOS A CUBRIR | SUMAS ASEGURADAS |
| Muerte accidental | $us. |
| Incapacidad total y/o parcial permanente | $us. |
| Incapacidad total y/o parcial temporal por ............ días pagaderas desde el .................... día | $us. |
| Reembolso de gatos médicos, hasta el ............ % del capital asegurado. | $us. |
| Sin deducible ( ) con deducible ( ) del ............ % |  |
| Prima Neta Total | $us. |
| Prima Adicional | $us. |
| Imptos. Y Recargos | $us. |
| Prima Total | $us. |
| Forma de pago: | Cuota inicial $us. |  | saldo en |  | cuotas de: $us. | cada una. |
| Vigencia del seguro: | Desde: |  | Hasta: |  |
|  |  |  |  |  |
| **IMPORTANTE:** Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado o alterado y me doy por enterada que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a la Compañía del pago del seguro. Además autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios. |
|  |
| LUGAR Y FECHA: |  | AGENTE / BROKER |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FIRMA DEL ASEGURADO | FIRMAS AUTORIZADAS |