**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |