

Solicitud de Seguro de Accidente Personal

Para uso exclusivo de La Colonial, S.A.

Número de cuenta Zona
Ramo Póliza

Solicitante

Apellidos
Nombres
Cédula Teléfonos
Dirección

Información adicional

Fecha de nacimiento día mes año Estatura (Pies/pulgada) Peso (Lbs)
 ¿Es o ha sido cliente nuestro? Si No ¿Qué Cía. lo aseguraba anteriormente?
 Profesión o actividad
 Deberes exactos de su ocupación Ingreso mensual (\$)
 Nombre del patrono
 Beneficiario
 Inicio del contrato Plazo

Por la presente, atentamente rogamos a La Colonial, S.A., Compañía de Seguros, la emisión de una Póliza de Accidentes Personales cubriendo los riesgos y cantidades abajo especificadas, en los términos de las Condiciones Generales y especiales aplicables por usted en Pólizas de esta clase.

Riesgos ó beneficios	Compensación máxima	Prima anual	Para anotación de la Cía.
A. Muerte por causa accidental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Desmembración por accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Incapacidad total y permanente a consecuencia de accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Compensación semanal por incapacidad total temporal por accidente (Deducible 2 semanas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hasta 52 semanas <input type="checkbox"/>			
Hasta 104 semanas <input type="checkbox"/>			
E. Gastos médicos por accidente (máximo por un año calendario)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valor recibido con esta solicitud Total RD\$
 Ninguno Impuesto RD\$
 RD\$ Total a pagar RD\$

Conteste poniendo una "X" en la respuesta que corresponda

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha tenido usted alguna lesión, dolencia o enfermedad en los últimos años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene usted algún defecto físico o mental o alguna debilidad de cualquier clase? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Le ha sido rechazada o emitida con recargo alguna Póliza de Vida o Accidente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene vigente alguna Póliza de Vida o Accidente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Viaja usted mas de 20 horas en avión al año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Recorre usted más de 1,000 Kms. en automóvil al mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La Póliza no cubre accidentes ocurridos en deportes de invierno, futbol, polo, caza, uso de armas, alpinismo, motociclismo, carrera de cualquier vehículo, etc. ¿Practica usted algún deporte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Los deportes en la pregunta número 7 pueden cubrirse mediante una Prima adicional, ¿Desea usted cubrirlos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si alguna de las 8 preguntas anteriores ha sido contestada "Si" suministre todos los detalles al respecto en el siguiente espacio.
Indique el número de la pregunta y de fechas, nombres, motivos, etc.

Garantizo que las declaraciones formuladas en esta solicitud son verdaderas y dadas de buena fe, sin omisiones que pudieren afectar substancialmente la evaluación del o los riesgos por parte de la Compañía Aseguradora, e inducido a ésta a aceptar el o los riesgos propuestos. El Propuesto Asegurado entiende y acepta que cualquier pago recibido por la Compañía Aseguradora, se recibe condicionalmente, sujeto a que ningún riesgo solicitado tendrá vigencia hasta que la Compañía Aseguradora manifieste, al Propuesto Asegurado, su consentimiento de aceptación y emita el Contrato de Seguro; no obstante, ni el pago recibido, ni esta solicitud, ni el recibo obliga a la Compañía Aseguradora a la aceptación del o los riesgos, ni la emisión del Contrato de Seguro.

La parte del solicitante (Propuesto Asegurado) hace formal elección de domicilio en la dirección que aparece consignada en el presente documento, a todos los fines de la presente solicitud, y muy especialmente para los del artículo 50 de la ley 126, el cual reza así:

"Art. 50.- Todo contrato de seguro, excepto de vida, puede ser cancelado en cualquier tiempo por cualesquiera de las partes, cuando sea el Asegurado quien ejerza esta facultad y salvo acuerdo en otro sentido entre las partes, la cancelación se notificará por escrito al Asegurado, depositando copia de la misma en la Superintendencia, con no menos de 3 días de anticipación a la fecha en que debe ser efectiva la cancelación".

"Párrafo: Cualquier póliza podrá ser cancelada por orden de la Superintendencia cuando en la contratación, obtención o confección de la misma, se hubiere violado alguna de las disposiciones de esta ley. Esta cancelación no favorecerá en ninguna forma a la compañía o al Asegurado responsable de tal violación"

Las partes acuerdan que la notificación, que indica el texto acabado de transcribir será válidamente hecha por carta certificada remitida al domicilio de elección antes indicado, aún en el caso que el solicitante haya trasladado su residencia de ese lugar. En tal virtud el solicitante libera a la Compañía Aseguradora de toda responsabilidad desde que le remita por correo certificado, la notificación a que alude el texto transcrito.

Código y firma del intermediario	Lugar y fecha	Firma del solicitante

Para uso exclusivo de La Colonial, S.A.

Evaluación del riesgo

Calculado por	<input type="text"/>	Clasificación	<input type="text"/>
Chequeado por	<input type="text"/>	Por La Colonial	<input type="text"/>
	Acceptado <input type="checkbox"/>		
	Rechazado <input type="checkbox"/>		
		Fecha	<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año