



0045

Solicitud Seguro de Accidentes Personales

Fecha: _____

Código deudor: _____

Código asegurado: _____

Datos del solicitante**1. Nombres y apellidos del solicitante:** _____Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año							

 Lugar de nacimiento: _____ Cédula o pasaporte: _____Sexo: M F Estado civil: Soltero(a) Viudo(a) Unión libre Casado(a) Divorciado(a) Cantidad de hijos: _____**2. Dirección residencial:** Calle: _____ Edificio: _____

Apto./Casa No.: _____ Sector: _____ Ciudad: _____

Tipo de vivienda: Propia Alquilada Otra: (especifique) _____

Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Oficina: _____

Correo electrónico: _____

3. Dirección comercial: Calle/Av.: _____ Edificio: _____ No.: _____

Sector: _____ Ciudad: _____ Nombre empresa: _____

Actividad comercial: _____ **4. Enviar correspondencia a:** Residencia Oficina **5. Ocupación (actividad exacta a que se dedica):** _____ Ingresos anuales RD\$: _____Ingresos anuales US\$: _____ Nivel académico: Primaria Secundaria Universitario Post-grado Maestría **Beneficiarios**

Nombre completo	Cédula	Fecha de nacimiento	Parentesco	%

Cobertura de seguro Solicitada

		Primas en RD\$ / US\$
Cobertura A (Muerte) Cantidad total: _____	_____	_____
Cobertura B (Incapacidad temporal) Indemnización semanal total: _____	_____	_____
Cobertura C (Incapacidad permanente) Cantidad máxima: _____	_____	_____
Cobertura D (Gastos médicos) Cantidad máxima: _____ Cantidad deducible: _____	_____	_____

Riesgos especiales (Aficionado)

¿Desea incluir los riesgos especiales siguientes?

- Baseball, esquí acuático, fútbol, carrera de bote, buceo. Sí No
- Pesca en alta mar, polo, rodeo, rugby, boxeo, softball. Sí No
- Manejo de motoneta, motocicleta, scooter, carrera de velocidad. Sí No
- Manejo de aviones y helicópteros privados. Sí No
- Viaje en aviones y helicópteros privados. Sí No

Agregar cualquier solicitud o información adicional que dese:

Datos generales

¿Tiene algún defecto físico u otra debilidad de cualquier clase?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, dar detalles.

¿Ha sufrido o está sufriendo alguna dolencia o enfermedad?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, dar detalles.

¿Alguna aseguradora le ha negado o requerido términos especiales para asegurarlo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, dar detalles.

¿Posee algún seguro personal contra accidente en vigor?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, dar detalles.

"Yo _____, declaro libre y voluntariamente y afirmo bajo la fe del juramento, que todos los datos y documentos en el presente formulario son correctos y completos, que no he omitido ni falseado ninguno de los datos al respecto, siendo en consecuencia en todo su contenido y sus anexos, fieles conforme a la expresión de la verdad. Que en caso de comprobarse alguna omisión o declaración incorrecta o incompleta, puede resultar en la negación de un reclamo o la modificación del contrato o que sea rescindida la póliza de seguros, so pena de lo establecido en las leyes de la República Dominicana, hecho, leído y firmado en fecha _____".

Garantizo que las declaraciones y particularidades expuestas anteriormente son correctas y completas y que ésta será la base del contrato entre la compañía y yo, y que el Seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea emitida la póliza.

Firmado en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Firma del solicitante

Firma intermediario y código