



SOLICITUD PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____
Día / Mes / Año

AD&D Monto de seguro: US\$ _____ (US\$100.000 mínimo / 1M* máximo)
* Si eligió más de US\$ 500.000, debe adjuntar prueba de ingresos

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de su Empleador: _____

Ocupación: _____

Destinos de viaje: _____

¿Tiene algún defecto o debilidad física? _____

¿Actualmente sufre de alguna enfermedad crónica? _____

¿Toma parte en alguna actividad peligrosa que lo(a) pueda exponer a lesiones físicas? No Sí

Explique _____

¿Tiene seguro de vida? No Sí: Compañía: _____ Suma: _____

¿Alguna vez se le ha negado el seguro de vida? No Sí

¿Alguna vez ha sido víctima de alguna amenaza, ataque o cualquier otro incidente que pueda incrementar la probabilidad de un reclamo bajo esta póliza? No Sí

Explique _____

Información del beneficiario(a): *(para añadir a más Beneficiarios, utilice una página adicional)*

Nombre: _____ Relación: _____ % del Beneficio: _____

Nombre: _____ Relación: _____ % del Beneficio: _____

Nombre: _____ Relación: _____ % del Beneficio: _____

Nombre: _____ Relación: _____ % del Beneficio: _____

Contingente a:

Nombre: _____ Relación: _____ % del Beneficio: _____

Nombre: _____ Relación: _____ % del Beneficio: _____

Declaro que la información provista en esta solicitud y cualquier otro documento adjunto a ésta misma está completa y es verdadera. La cobertura será efectiva una vez de que el Asegurador apruebe la solicitud y reciba el pago de la prima. Acepto y declaro que si he contestado a las preguntas falsamente, esto será considerado fraude y el contrato será anulado. Acepto también que debo notificar a la Compañía si cambiara cualquier detalle de la información provista.

Firma

Fecha