



Av. Olímpica N° 3333, San Salvador, El Salvador, C.A.
Tel. (503)-2268-6000 Fax, (503) 2279-4982

SOLICITUD PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Póliza: APC- _____

Contratante: _____

En relación con la presente solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para este fin proporciono los siguientes datos:

1. Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nac.: _____

2. N° DUI: _____ N° NIT: _____

3. Profesión: _____ Ocupación Actual: _____

4. Dirección Particular: _____

5. Lugar Y Dirección de Trabajo: _____

6. Estado Civil: _____ Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Lbs.

7. Deportes o pasatiempos que practico: _____

8. Antecedentes de Salud:

Padece, o ha padecido de enfermedades crónicas o graves, tales como epilepsia, vértigos, enfermedades mensuales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, tuberculosis, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos, oídos? SI () NO ()

En caso de que su respuesta sea afirmativa, favor dar detalles: _____

Es Zurdo? SI () NO ()

9. Se encuentra usted actualmente en perfecto estado de salud y sin síntoma de enfermedad alguna? _____

10. Designo como beneficiarios para este seguro a:

Nombres	Parentesco	Porcentaje

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones u ocultaciones intencionales. Convengo en que el Seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía indique en la Póliza correspondiente. Asimismo, la Compañía se reserva el derecho de no aceptar aquellos riesgos que considere inasegurables según sus normas técnicas de selección.

San Salvador, _____

(f) _____

Solicitante