



SOLICITUD PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Productora:	Código:	Fecha:
-------------	---------	--------

Nombres:	Apellidos:
----------	------------

C.I./ R.I.F.:	Lugar y Fecha de Nacimiento:
---------------	------------------------------

Edad:	años	Estado Civil:	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	V <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
(Datos Tomados de la Cédula de Identidad)									

Dirección de Habitación:

Dirección de Cobro:

Oficina o Lugar de Trabajo:	Teléfono(s): ()
-----------------------------	--------------------------

Ocupación (detalles de donde trabaja, máquinas y herramientas que utiliza):

¿Ha cambiado de ocupación por motivos de salud?

Deportes que practica (detalle):

Si tiene Título de aviación, indique experiencia y horas de vuelo:
--

¿Tiene Seguros accidentes en otras compañías? (Detalle):
--

Monto de sus ingresos mensuales:

Suma Asegurada:	Clase:
-----------------	--------

RIESGO	Monto Bs.	Prima Anual Bs.
---------------	------------------	------------------------

Muerte Accidental		
-------------------	--	--

Incapacidad Permanente		
------------------------	--	--

Incapacidad Temporal, Indemnización semanal de gastos médicos, hasta:		
---	--	--

¿Sufre o ha sufrido de enfermedades contagiosas, crónicas o hereditarias? (cáncer, diabetes, epilepsia, parálisis, reumatismo, trastornos mentales, otras):

--

--

