

# SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

Aliado Seguros



INDIVIDUAL     COLECTIVO

CONTRATANTE							
¿El Asegurado, Contratante o Pagador son diferentes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No							
En caso de afirmativo, debe completar el formulario de solicitud de Contratante o Pagador CP-AS-201906							
DATOS DEL ASEGURADO Y DIRECCION PARA NOTIFICACIONES Y AVISOS							
Persona: <input type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Jurídica		Forma de Pago <input type="radio"/> Acreedor <input type="radio"/> ACH <input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Cobra Corredor <input type="radio"/> Otros _____					No. Pagos:
Nombre Completo / Razón Social:				Nombre Comercial:			
Cédula / Pasaporte / RUC:		Seguros Social No.:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Estatura: mts.	Peso: Lbs.	Posee ud. póliza en otra Cía. de Seguros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cía. de Seguros		No. de Póliza		Vigencia:
Dirección Residencial: (Calle, Urbanización, Edificio, N° de casa /apto.)							
País de nacimiento / constitución de la empresa:			Nacionalidad:		País de Residencia:		
Teléfono Casa:		Teléfono Oficina:		Celular:	E-mail personal:		
Profesión u ocupación / Actividad a la que se dedica la empresa:							
Lugar de trabajo:				Dirección de trabajo:			
Provincia:			Ciudad:		Zona o Barrio:		
Calle:			Casa No. o Edificio y Apto.:				
Apartado:			E-mail de trabajo:				
<b>Vigencia Inicial</b>	DIA	MES	AÑO	<b>Vigencia Final</b>	DIA	MES	AÑO
Ingresos Anuales Persona Natural:	<input type="radio"/> Menor a B/.10,000.00		<input type="radio"/> B/.10,001.00 a B/.30,000.00		<input type="radio"/> B/.30,001.00 a B/.50,000.00		<input type="radio"/> Mayor a B/.50,001.00
Ingresos Anuales Persona Jurídica:	<input type="radio"/> Menor a B/.250,000.00		<input type="radio"/> B/.250,001.00 a B/.1,000,000.00		<input type="radio"/> B/.1,000,001.00 a B/.10,000,000.00		<input type="radio"/> Mayor a B/.10,000,001.00
Origen de los ingresos:		País (es) de Tributación:		No. De Identificación Tributaria:			
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE: ¿Es ud. una persona expuesta políticamente? <sup>1</sup> o Familiar cercano <sup>2</sup> , o estrecho colaborador <sup>3</sup> de ésta <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO							
Cargo o Relación:							
<p><sup>1</sup> Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los Jefes de Estado o de Gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de desiciones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes en una organización, organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir directores, sub directores y miembros de la junta directiva.</p> <p><sup>2</sup> Unicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de la persona expuesta políticamente.</p> <p><sup>3</sup> Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales o internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.</p>							

COBERTURA	LIMITE	PRIMA
<b>COBERTURAS BASICAS DETALLADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA</b>		
A. MUERTE ACCIDENTAL		
B. DESMEMBRAMIENTO		
C. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		
D. HOMICIDIO CULPOSO		
D. DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PUBLICO Y ELEVADORES		
E. ADELANTO DE GASTOS DE SEPELIO		
F. GASTOS DE REPATRIACION		

<b>COBERTURAS ADICIONALES DETALLADAS EN LAS CONDICIONES ESPECIALES DE LA POLIZA</b>		
A. HOMICIDIO DOLOSO		
B. DOBLE INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE		
C. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN		
D. MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS PRIVADOS		
E. RENTA POR INCAPACIDAD TEMPORAL		
F. MUERTE ACCIDENTAL EN VUELOS PRIVADOS		



**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

<b>Beneficiarios</b>	<b>Cédula</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
En caso de menor, debe nombrar administrador fiduciario			
Beneficiario contingente			

**DECLARACIÓN DE SALUD**

<b>Ha presentado alguna de las siguientes condiciones:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>En caso de respuesta afirmativa, DETALLE</b>
1. Enfermedades del corazón, Hipertensión Arterial, Aneurismas			
2. Enfermedad de los pulmones			
3. Enfermedad de los riñones			
4. Problemas o defectos de la vista o del oído			
5. Tumores Malignos, Cáncer			
6. Diabetes			
7. Sida			
8. Enfermedades Mentales o del Sistema Nervioso			
9. Padecimiento de la columna, mutilación, deformación o algún defecto físico			
10. Padece o ha padecido enfermedades agudas, crónicas o graves no especificadas aquí.			
11. Practica algún deporte o pasatiempo			
12. Tiene algún otro seguro de accidentes			
13. Actualmente se encuentra en buen estado de salud			

**AUTORIZACION PARA SUMINISTRARNOS DATOS Y REVELAR INFORMACION PERSONAL:**

Por este medio autorizo a cualquier y todo médico o clínica o institución hospitalaria, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis, diagnósticos o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, y suministren copia de los mismos a ALIADO SEGUROS, además renuncio, exonero, y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier registro profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía ALIADO SEGUROS. Hago constar y garantizo que las declaraciones en esta solicitud son completas y veraces.

Que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud y convengo que si fuere aceptado por la compañía y presentarse yo, o mis beneficiarios, alguna reclamación en relación con los beneficios de este seguro antes de un año de vigencia de dicho certificado o póliza, y se demostrase que mis declaraciones no fuesen veraces y completas y que oculte detalles relacionados con mi estado de salud, ALIADO SEGUROS está en su derecho de negar el pago del producto de este seguro, mismo que quedara nulo automáticamente desde su emisión y yo o mis beneficiarios solo tendremos derecho únicamente a reclamar la devolución de las primas pagadas, cuando corresponda.

A su vez, declaro que la dirección, teléfono o correo electrónico que complete en la presente solicitud, se entenderá que es la dirección, teléfono o correo electrónico (cualesquiera que ALIADO SEGUROS utilice) para notificaciones personales, estados de cuenta, cancelación de pólizas, notas o demás documentos que desee ALIADO SEGUROS enviarme. Acepto que es mi obligación notificar formalmente a ALIADO SEGUROS cualquier cambio o modificación en la dirección, teléfono o correo electrónico de esta solicitud. De no notificar este cambio o modificación, acepto que ALIADO SEGUROS me notifique en la dirección establecida en esta solicitud, y acepto que la misma tendrá toda la validez y fuerza legal necesaria.

Firma del Asegurado Propuesto	Cédula	Fecha
Firma del Contratante	Cédula	Fecha
Firma del Corredor	Licencia No.	Fecha

**NOTA: Después de 60 días el asegurado debe llenar una nueva declaración**

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>DETALLE</b>
Aprobado			
Recargo			

**Comentarios o Pendientes**

--

