

SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

Nº. DE PÓLIZA:

DATOS DEL TOMADOR PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR					
Primer apellido:			Segundo apellido o de casada:		
Primer Nombre:			Segundo Nombre:		
N° de Cédula de Identidad / Pasaporte:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de Nacimiento	Edad:	Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:	
Peso (Kg):	Estatura (cm):	Deportes que práctica:			
Población asegurable (seleccionar solo una): <input type="checkbox"/> Jubilado: <input type="checkbox"/> Pensionado: <input type="checkbox"/> Adulto (a) mayor de 60 años: <input type="checkbox"/> Discapacitado (a): <input type="checkbox"/> Con enfermedad física <input type="checkbox"/> Con enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Otro, Especifique:					
Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique Monto:					
Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):					
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente					
Profesión:			Oficio u Ocupación:		
Realiza trabajos manuales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:					
Ingreso promedio anual esperado:					
Dirección de habitación calle/avenida:			Urbanización /sector:		Casa/Edificio:
Piso:	Apartamento N°		Ciudad:	Municipio:	
Estado:		Código postal:	Teléfono habitación: ()	Teléfono Celular: ()	
Realiza o piensa realizar algún deporte o actividad de alto riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:					
Dirección de correo electrónico personal:					
Dirección de trabajo:				Ciudad:	
Municipio:	Estado:	Código Postal:	Teléfono Oficina: ()	FAX: ()	
Dirección de correo electrónico laboral:					
Si posee un contrato de HCM o salud con otra empresa, responda lo siguiente:					
Empresa:	N° contrato:	Monto de la cobertura:	Deducible:	Tipo de póliza:	
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria	
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria	
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria	
¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____					

Dirección de cobro:							
<input type="checkbox"/> Habitación		<input type="checkbox"/> Oficina		<input type="checkbox"/> Otra: Especifique _____			
Forma de pago:							
<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Semestral		<input type="checkbox"/> Trimestral		<input type="checkbox"/> Mensual	
Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar N° de cuenta y Banco correspondiente:							
Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar N° de tarjeta de y Banco correspondiente:							
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)							
Apellido y Nombres:					N° Cédula de identidad / Pasaporte:		
					<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
Dirección de habitación/Calle/Avenida:					Urbanización/Sector:		
Casa/Edificio:	Piso:	Apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
Teléfono habitación: ()		Teléfono Celular: ()			Teléfono Oficina: ()		
FAX: ()		Dirección de correo electrónico:					
COBERTURAS							
COBERTURAS SOLICITADAS				SUMA ASEGURADA			
Muerte accidental							
Invalidez permanente							
Gastos médicos							
BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR							
N°	Apellidos y Nombres	N° C.I. o Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento			N° Participación
				Día	Mes	Año	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
TOTAL PARTICIPACIÓN							100%
(*) La sumatoria de los porcentajes debe ser igual al 100%.							

DECLARACIONES

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a Seguros Horizonte, S.A., para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a Seguros Horizonte, S.A., para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguros Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____ a los _____ del mes de _____ de _____.

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Huella dactilar del pulgar del Tomador

El Tomador / El Solicitante
Firma
Cédula de Indentidad N°

El Representante Legal (En caso de que lo omerite)
Firma
Cédula de Indentidad N°

El Tomador / El Solicitante
Firma
Cédula de Indentidad N°

SOLO PARA USO DEL ASEGURADOR

CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD

Firma del Representante de Seguros Horizonte, S.A.	Sello:	Fecha:
--	--------	--------

--

SOLO PARA USO DEL ASEGURADOR
CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD

Firma del Representante de Seguros Horizonte, S.A.	Sello:	Fecha:
---	---------------	---------------

--