

SOLICITUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES



Solicitud No.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Numero de Identificación	Tipo de identificación Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Nombre Completo de Cónyuge	
Dirección Completa de Residencia:			
Teléfono de Residencia	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Nombre del Negocio (si aplica)		Giro o actividad económica del negocio	
Nombre de la empresa donde labora	Posición/cargo que desempeña	Tiempo de laborar en la empresa	
Dirección completa de la empresa donde labora			
Teléfono del Trabajo	Fax No.	Correo Electrónico	Sitio Web
Especifique detalladamente su fuente de Ingresos:			
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			

Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra de molde)

No.	Nombre	Identidad No.	Dirección	Parentesco	Porcentaje

COBERTURAS SOLICITADAS

COBERTURA	NOMBRE COMPLETO	SUMA ASEGURADA	VIGENCIA

SERVICIOS ADICIONALES PARA DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO DEL FAMILIAR	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

- A. Padece alguna enfermedad actualmente NO SÍ
 B. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento médico NO SÍ
 C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo NO SÍ

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad: _____

Declaro que no padezco ni me han sido diagnosticadas las siguientes enfermedades: enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cancer, SIDA, cuadraplejía, paraplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales. Autorizo a los médicos y hospitales que han atendido a suministrar a la Asegurado ra, los datos que posean de mi estado de salud. ASEGURADORA RURAL, S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad

PERIODICIDAD DE PAGOS

Mensual Trimestral Semestral Anual

AUTORIZO AL BANCO PARA QUE SE HAGA EL CARGO A MI CUENTA _____ O CUALQUIER OTRA CUENTA QUE POSEA CON FONDOS DISPONIBLES, POR EL IMPORTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE SEGURO Y LA PERIODICIDAD DE PAGO SELECCIONADOS.

DEPÓSITOS MONETARIOS DEPÓSITOS DE AHORRO TARJETA DE CRÉDITO
 EFECTIVO

Se firma la presente Solicitud de Seguros en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Nombre del Cuentahabiente o Tarjetahabiente (si es diferente al Solicitante): _____

 Aprobado por Aseguradora Rural S. A.

 Solicitante

 Cuentahabiente o tarjetahabiente

RNP: _____

RNP: _____