



C.A. DE SEGUROS

American International

R.I.F. N° J – 00053617-1
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 66

FECHA DE SOLICITUD

Día

Mes

Año

**SOLICITUD DE SEGUROS DE
ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL****I. DATOS DEL TOMADOR**

Apellidos y Nombres			
Nro. de CI:	Nro. de NIT:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:
Lugar de Nacimiento:	País:	Nacionalidad:	Ingreso Promedio Anual (Bs.F.): <input type="checkbox"/> <10 M <input type="checkbox"/> >10 M <input type="checkbox"/> >30 M <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación:	Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

II. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de la Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada
Teléfono de Habitación-Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

III. DIRECCIÓN DE OFICINA

Nombre de la Empresa donde trabaja:		Cargo que desempeña:	
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Oficina:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

IV. DIRECCIÓN DE COBRO Habitación Oficina Otra: Indique:

Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Hab., Ofic. U Otra:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

V. DOCUMENTOS A CONSIGNAR

Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte.

VI. DATOS DE PERSONAS ASEGURABLES

N°	Apellidos y Nombres	N° C.I.	*Sexo	Fecha de Nac.	Parentesco	Teléfono
1						

En caso de emergencia avisar a: Apellidos y Nombres: _____ Teléfono: _____

VII. DIRECCIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURABLES

Están residenciados en la misma dirección del tomador de la Póliza? Si No
 En caso negativo suministre la dirección.

1	
---	--

VIII. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

	Apellidos y Nombres	Nro. C.I.	*Sexo	Fecha de Nac.	**Parentesco	% Distribución	Teléfono
Titular							

* F: Femenino M: Masculino ** T: Titular C: Cónyuge H: Hijo (a)
 NOTA: en caso de familiares suscritos los beneficiarios serán sus herederos legales

IX. DIRECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Están residenciados en la misma dirección del tomador de la Póliza? Si No
 En caso negativo suministre la dirección.

Nombre y apellido del Beneficiario	Dirección

X. PLAN SOLICITADO

Asegurado	Cobertura	Sumas Aseguradas (Bs.F.)
Titular		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
		Bs.F.
	Prima Total anual:	Bs.F.

XI. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA¿Practica algún tipo de Hobbie? Si No

En caso afirmativo indique: _____ En caso afirmativo indique: _____

Costumbres:

Deportes:

¿Posee otro seguro de accidentes personales? En caso afirmativo especifique:

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada (Bs.F.)	Fecha de emisión

¿Qué tipos de viajes realiza?

¿Frecuencias de los viajes?

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Vigencia del Contrato:

Frecuencia de Pago:

Desde: _____ Hasta: _____

 Mensual Trimestral Semestral Anual**XII. DECLARACIÓN DE FE**

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formara parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

Firmado en _____ el día ____ del mes de _____ del año _____

Firma del solicitante o Representante Legal

Firma del Intermediario de Seguros

C.I. N° _____

Código N° _____

Cargo _____

(Sello de la Compañía)