

SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES

Directivos ☐ Asociados y Familiares ☐ Accidentes Personales ☐ Accidentes Colectivos ☐

“Completar en Letra Imprenta”

Nombre Completo de la Cooperativa:

Nombre Completo del Solicitante:

Edad: Fecha de Nacimiento: Sexo: F ☐ M ☐

Cédula: Seguro Social:

Peso Actual: Estatura: Ocupación:

Lugar de Trabajo: Dirección:

Tel.Oficina: Tel.Residencial: Tel. Celular: Apartado Postal:

Beneficios:

	Suma Asegurada	Tarifa C/mil	Prima	Total
Muerte Accidental				
Desmembramiento				
Incapacidad Total o Permanente				
GAstos Médicos por Accidente				
Renta Diária				
Homicidio Culposo				
Homicidio Doloso				
Riesgo Extremo Especial				

Beneficiarios

Beneficiario(s) Principal (es)	Beneficiario Contingente:

En caso de que el beneficiario sea menor de edad, el administrador fiduciario será:

Otros Asegurados:

Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	Edad	Cédula	Suma Aseg.	Beneficiario

Declare y facilite información sobre cualquier enfermedad, incapacidad, deformidad que parezca o sospeche tener: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Prima Adicional	Tarifa c/mil	Prima	Total
Gran total Aseg. principa más Aseg. Adicional				

Certifico que las respuestas arriba anotadas son verdaderas y completas, y se ofrecen para los efectos del seguro. Estoy de Acuerdo en que si cualesquiera de las respuestas sin falsas o están incompletas, no habrá seguro y esta cobertura no entrará em vigor.

Firma del Solicitante:

Cédula:

Fecha: Día Mes Año