

DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES

Favor de escribir a máquina o con letras de molde para mayor claridad

1	Nombre del Empleado _____			
	Nombre		1er Apellido	2do Apellido
	Dirección _____			
	Lugar de Nacimiento _____		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Mes		Día	Año
	Cédula de Identidad _____		Estado Civil _____	
Profesión _____		Ocupación Actual _____		
Fecha de Empleo _____		Sueldo Mensual RD\$ _____		

2	COBERTURAS	VIDA	M.A.D.	PACI	MONTO ASEGURADO

3	EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, FAVOR DE DAR DETALLES EN EL ESPACIO EN BLANCO, INDICANDO FECHAS, TRATAMIENTO (SI LO HUBO) Y CONDICION ACTUAL	
	<p>A. Ha padecido o está padeciendo de enfermedades cardiacas, enfermedades del sistema respiratorio, diabetes, cáncer, enfermedades de los riñones o del sistema genitourinario en general, enfermedades hepática, afecciones de la próstata (si es hombre), úlceras, hipertensión arterial, taquicardia, transtorno de los órganos femeninos (si es mujer), alguna otra enfermedad no mencionada? SI NO</p> <p> </p> <p> </p>	
3	B. EN LOS ULTIMOS AÑOS HA TENIDO USTED ALGUNO DE ESTOS SISTEMAS O ENFERMEDADES?	
	<p>1, Diarreas frecuentes, fatigas, pérdidas de peso, cansancio, inflamación de los ganglios, hemofilia, herpes, zoster, toxoplasmosis? SI NO</p> <p>2, Ha recibido transfusión de sangre? SI NO</p> <p>3, Ha tenido o le han dicho que tenía el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? SI NO</p> <p>4, Ha recibido consejo o tratamiento en conexión con cualquiera de las categorías mencionadas en el punto 3? SI NO</p> <p>5, Ha tenido resultados positivos para Anticuerpo del Virus del SIDA (Humano T Linfotrópico III, VHHL-III)? SI NO</p>	

Beneficiarios en caso de muerte del asegurado		
Nombre y Apellidos	Parentesco	Porcentaje

Juro que las contestaciones a las preguntas que anteceden son verdaderas, exactas y completas; y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado, y que constituyen la base y condición para la obtención del seguro sobre mi vida.

FECHA _____

_____ Firma del Solicitante