

Solicitud para la emisión de una póliza de Seguro de Accidentes Personales para Viajero

 No. Póliza _____
 No. Código _____
 NIT _____

 Dirección Calle Loma Linda, No. 265, Col. San Benito, San Salvador
 Dirección Avenida Roosevelt Norte y 8 Calle Poniente No.416, San Miguel
 Teléfono (503) 2133-9600
 Teléfono (503) 2250-3281

Datos Generales

Nombre																
DUI								NIT								
No. de Pasaporte								E-mail								
Sexo	M	F	Fecha de Nac.		Día		Mes		Año		Teléfono					
Profesión								Cargo/Posición								
Destino																
Inicio de Viaje			Día		Mes		Año		Fin de Viaje			Día		Mes		Año
Es zurdo	Sí	No	Los recibos y correspondencia deben ser enviados a mí:						Domicilio			Oficina				
1. ¿Tiene Ud. o ha recibido Ud. Tratamiento o seguimiento médico en relación al SIDA o condiciones relacionadas o en relación a enfermedades de Transmisión Sexual?											Sí	No				
2. Durante los últimos 5 años ¿ha sido Ud. paciente de algún hospital, clínica o ha recibido alguna Tratamiento médico o en la actualidad está tomando algún tipo de medicamentos o se la ha aconsejado algún análisis u operación que no se hubiere realizado?											Sí	No				
3. ¿Está usted embarazada?											Sí	No				

Riesgos a cubrir por las sumas aseguradas que en cada caso se indican

Cobertura	Suma asegurada	
Muerte accidental		
Incapacidad y desmembramiento		
Gastos médicos		
Gastos odontológicos		
Coberturas de asistencias		
Nombre del beneficiario	Parentesco	Distribución %

Autorizaciones y aceptaciones

- Hago constar que los datos y respuestas que figuran en esta solicitud los he dado personalmente, y que son verdaderos y completos; convengo en que la veracidad de tales y respuestas constituyen la base del seguro que solicito.
- DECLARO que conozco los alcances del producto y que incluye Beneficios Adicionales de Asistencia Internacional por lo que autorizo y acepto los cargos correspondientes a dichos servicios.
- Convengo que el contrato del seguro entrará en vigor en la fecha que sea aceptado por ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. y que la prima correspondiente será pagadera en forma _____ y se calculará de acuerdo con las tarifas vigentes de la Compañía.

En testimonio de lo cual, firmo esta Solicitud, en la ciudad de _____ el día ___ de _____ de _____

Solicitante _____