

1. Datos a ser completados por el solicitante

Datos Generales

En relación con la presente Solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado para este fin proporciono los siguientes datos:

Nombre Completo				Sexo	F	M	
*DUI			*NIT				
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Edad (años)	¿Es zurdo?	SÍ	NO
Teléfono			Email				
Profesión			Estado civil				
Lugar de nacimiento			Nacionalidad				
Dirección de residencia							
Trabajo u Ocupación							
Dirección de trabajo							

*No aplica para menores de edad

Designación de Beneficiarios

Designo como mis beneficiarios a:

Nombre Completo	Parentesco	% Distribución*

*El total debe sumar 100%.

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

Riesgos	Suma Asegurada
Muerte accidental	
Incapacidad permanente o pérdida de miembros	
Reembolso de gastos médicos por accidente	
Renta diaria por incapacidad	

2. Autorizaciones y Aceptaciones

Hago constar que la información que figura en esta solicitud, los he dado personalmente y que son verdaderos y completos. Convengo en que la veracidad de tales datos y respuestas constituyen la base del contrato del seguro que solicito, en caso contrario este será nulo. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución o persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocerme en futuro, para que proporcione ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS, a su solicitud cualquier dato o información.

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

Firma y sello del contratante _____ Firma de solicitante _____

Forma de pago _____

IMPORTANTE: Junto a esta solicitud debe anexar fotocopia de DUI y NIT