



No. Póliza \_\_\_\_\_  
No. Código \_\_\_\_\_  
N.I.T. \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA LA EMISIÓN DE UNA PÓLIZA DEL RAMO DE  
ACCIDENTES PERSONALES**

NOMBRE					
DIRECCIÓN RESIDENCIA					
DIRECCIÓN TRABAJO					
TELÉFONO		E-MAIL			
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	F	M	PROFESIÓN
TRABAJO U OCUPACIÓN				NACIONALIDAD	
ES ZURDO	SI	NO	LOS RECIBOS Y CORRESPONDENCIA DEBEN SER ENVIADOS A MI: DOMICILIO		
			OFICINA		

**RIESGOS A CUBRIR POR LAS SUMAS ASEGURADAS QUE EN CADA CASO SE INDICAN:**

SUMA ASEGURADA	
MUERTE ACCIDENTAL	
INCAPACIDAD PERMANENTE O PERDIDA DE MIEMBROS	
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	

NOMBRE DE BENEFICIARIO (S):	PARENTESCO	NACIONALIDAD	PORCENTAJE
			%
			%
			%
			%

Hago constar que los datos y respuestas que figura 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.

Convengo que el contrato del seguro entrará en vigor en la fecha que sea aceptado por CHARTIS SEGUROS, EL SALVADOR, que la prima correspondiente será pagadera en forma \_\_\_\_\_ y se calculará de acuerdo con las tarifas vigentes de la Compañía.

Fechado en:

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

F. \_\_\_\_\_  
SOLICITANTE