



B I S A

SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

# SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

CÓDIGO SPVS No. 109-935001-1999 12 911 - 3006

1. Contratante: PINTO GONZALES MARISOL  
APELIDOS PATERNO APELIDOS MATERNO 1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

Dirección: Av. Lincoln # 286 (Edif. A) Teléfono: 717.20295

Relación con el solicitante: .....

2. Solicitante: .....  
APELIDOS PATERNO APELIDOS MATERNO 1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

3. Lugar y Fecha de Nacimiento: cbba - 23 - NOV - 60 Estado civil: soltera

4. Ingreso mensual: ..... NIT ..... Carnet de identidad: 3767988cbba

5. Domicilio ..... Teléfono: 42880571

6. Dirección de Cobranza: ..... Teléfono: .....

7. Ocupación/Profesión:  Director  Ejecutivo  Dueño  
 Empleado  Capataz  Encargado  Inspector  
 Obrero  Otro (especificar) agente de seguros

8. Firma en la que trabaja: BISA SEGUROS S.A. Ciudad: cbba  
Dirección: AV. PANDO # 225 Teléfono: 444887

9. Dónde desarrolla sus actividades:  Oficina  Fábrica  Obras  Minas  
 Yacimientos  Trabajo manual  Calle  Taller  Tienda  
 Vigilancia  Almacén  Otros (especificar) .....

10. En su trabajo emplea:  Máquinas  Aparatos mecánicos  Inflamables  
 Corriente eléctrica  Productos químicos

11. Actividad Adicional (descripción) .....

12. Actividades desempeñadas como pasatiempo (descripción) .....

13. Vehículos que maneja:  Vehículos particular  Vehículo de alquiler  
 Camión  Bus/flota  Avión  Motocicleta/motoneta/cuadratracc  
 Yate  Avión/helicóptero  Otros (especificar) .....

14. Deportes que practica  Futbol  Basquet  Tenis  Patinaje  
 Box  Lucha Libre  Equitación  Pelota vasca  Ski  
 Natación  Esgrima  Vólibol  Caza menor / mayor  
 Raquetball  Atletismo  Paracaidismo  Alpinismo  
 Pesca en alta mar  Equitación  Polo  Andinismo  
 Paracaidismo  Otros (especificar) .....

Por salud e higiene  Si  No intensivamente  Si  No  
Como semi-profesional  Si  No Como profesional  Si  No  
Frecuentemente  Si  No Ocasionalmente  Si  No

15. Viaja con frecuencia en:  Aviones de aerolíneas comerciales  Automóviles  
 Aviones y/o helicópteros privados Indicar tipo y frecuencia: 8 veces al año  
 Buses/Flotas  Ferrocarril/Tren  Otros (especificar) .....

16. Datos físicos: Peso actual 55K. Estatura 1.62 Es zurdo... N.O.

17. ¿Tiene o tuvo alguna enfermedad grave?  Sí (marcar abajo)  No
- Epilepsia  Vértigos  Enfermedades mentales o del sistema nervioso
- Enfermedades del corazón/afecciones coronarias  Hipertensión arterial
- Venas varicosas  Diabetes  Ulcera  Cáncer  Gota
- Tuberculosis  Tumores  Enfermedades de los pulmones
- Enfermedades de los riñones  Otros (especificar) .....

Precisar Fechas: .....

Estado de Salud Actual: B.U.E.N.O.

18. ¿Padece o tiene alguno de los siguientes defectos o impedimentos físicos?
- Miopia/Astigmatismo  Sordera  Parálisis  Deformaciones
- Mutilaciones/Deficiencia de algún miembro  Falta o deficiencia de algún órgano

19. ¿Tuvo algún accidente alguna vez? .....

20. ¿Sufrió alguna lesión corporal?  Sí  No
- Fecha: ..... Estado actual .....

21. ¿Tiene otro(s) seguro(s) de accidentes?  Sí  No
- Anexo a póliza de Vida  Otra póliza de accidentes

Capitales: ..... Compañías: .....

Detallar vigencias de pólizas en otras compañías: .....

¿Le han rechazado o declinado la renovación de alguna póliza de Seguro de Vida?  Sí  No

¿De Accidentes Personales?  Sí  No

22. Nombre, dirección y parentesco de los beneficiarios en caso de muerte .....

Andrés Claros Pinto (50% hijo)

Alexia Claros Pinto (50% hija)

RIESGOS A CUBRIR	SUMAS ASEGURADAS	TASAS DE TARIFA	PRIMAS DE SEGURO
Muerte accidental	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Incapacidad total y/o parcial permanente	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Incapacidad total y/o parcial temporal por ..... pagaderas desde el ..... día	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Reembolso de gastos médicos, hasta el .....% del capital asegurado.	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Sin deducible ( ) con deducible ( ) del .....%			
		Prima Neta Total	Sus. ....
		Prima Adicional	Sus. ....
		Imptos. y Recargos	Sus. ....
		Prima Total	Sus. ....

Forma de pago: Cuota inicial Sus. .... Saldo en ..... Cuotas de: Sus. .... cada una

Vigencia del Seguro: Desde: ..... Hasta: .....

IMPORTANTE: En caso de que la presente solicitud sea aceptada por la Compañía, el riesgo empezará a correr, previo pago de la prima correspondiente. El asegurado declara que la información proporcionada en la solicitud es enteramente conforme a la verdad y que no ha hecho omisiones u ocultaciones intencionales.

LUGAR Y FECHA: cbba - 09 - 01 - 2017 AGENTE / BROKER .....

SOLICITANTE Y/O ASEGURADO [Firma] FIRMAS AUTORIZADAS: .....



B I S A

SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

## SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

CÓDIGO SPVS No. 109-935001-1999 12 911 - 3006

1. Contratante: .....  
APELLIDOS PATERNO APELLIDOS MATERNO 1er. NOMBRE 2do. NOMBRE  
Dirección: .....Teléfono: .....  
Relación con el solicitante: .....

2. Solicitante: .....  
APELLIDOS PATERNO APELLIDOS MATERNO 1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

3. Lugar y Fecha de Nacimiento: ..... Estado civil: .....

4. Ingreso mensual: ..... NIT: ..... Carnet de identidad: .....

5. Domicilio ..... Teléfono: .....

6. Dirección de Cobranza: ..... Teléfono: .....

7. Ocupación/Profesión:  Director  Ejecutivo  Dueño  
 Empleado  Capataz  Encargado  Inspector  
 Obrero  Otro (especificar) .....

8. Firma en la que trabaja ..... Ciudad: .....  
Dirección ..... Teléfono: .....

9. Dónde desarrolla sus actividades:  Oficina:  Fábrica  Obras  Minas  
 Yacimientos  Trabajo manual  Calle  Taller  Tienda  
 Vigilancia  Almacén  Otros (especificar) .....

10. En su trabajo emplea:  Máquinas  Aparatos mecánicos  Inflamables  
 Corriente eléctrica  Productos químicos

11. Actividad Adicional (descripción).....

12. Actividades desempeñadas como pasatiempo (descripción)

13. Vehículos que maneja:  Vehículos particular  Vehículo de alquiler  
 Camión  Bus/flota  Avión  Motocicleta/motoneta/cuadratraca  
 Yate  Avión/helicóptero  Otros (especificar) .....

14. Deportes que practica  Fútbol  Basquet  Tenis  Patinaje  
 Box  Lucha Libre  Equitación  Pelota vasca  Ski  
 Natación  Esgrima  Vólibol  Caza menor / mayor  
 Raquetball  Atletismo  Paracaidismo  Alpinismo  
 Pesca en alta mar  Equitación  Polo  Andinismo  
 Paracaidismo  Otros (especificar) .....

Por salud e higiene  Sí  No intensivamente  Sí  No  
Como semi-profesional  Sí  No Como profesional  Sí  No  
Frecuentemente  Sí  No Ocasionalmente  Sí  No

15. Viaja con frecuencia en:  Aviones de aerolíneas comerciales  Automóviles  
 Aviones y/o helicópteros privados Indicar tipo y frecuencia: .....  
 Buses/Flotas  Ferrocarril/Tren  Otros (especificar) .....

16. Datos físicos: Peso actual..... Estatura..... Es zurdo.....

17. ¿Tiene o tuvo alguna enfermedad grave?  Sí (marcar abajo)  No
- Epilepsia  Vértigos  Enfermedades mentales o del sistema nervioso
- Enfermedades del corazón/afecciones coronarias  Hipertensión arterial
- Venas varicosas  Diabetes  Úlcera  Cáncer  Gota
- Tuberculosis  Tumores  Enfermedades de los pulmones
- Enfermedades de los riñones  Otros (especificar).....

Precisar Fechas: .....

Estado de Salud Actual: .....

18. ¿Padece o tiene alguno de los siguientes defectos o impedimentos físicos?
- Miopía/Astigmatismo  Sordera  Parálisis  Deformaciones
- Mutilaciones/Deficiencia de algún miembro  Falta o deficiencia de algún órgano

19. ¿Tuvo algún accidente alguna vez?.....

20. ¿Sufrió alguna lesión corporal?  Sí  No

Fecha: ..... Estado actual .....

21. ¿Tiene otro(s) seguro(s) de accidentes?  Sí  No

Anexo a póliza de Vida  Otra póliza de accidentes

Capitales:..... Compañías: .....

Detallar vigencias de pólizas en otras compañías: .....

¿Le han rechazado o declinado la renovación de alguna póliza de Seguro de Vida?  Sí  No

¿De Accidentes Personales?  Sí  No

22. Nombre, dirección y parentesco de los beneficiarios en caso de muerte .....

.....

.....

RIESGOS A CUBRIR	SUMAS ASEGURADAS	TASAS DE TARIFA	PRIMAS DE SEGURO
Muerte accidental	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Incapacidad total y/o parcial permanente	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Incapacidad total y/o parcial temporal por pagaderas desde el ..... día	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Reembolso de gastos médicos, hasta el .....% del capital asegurado.	Sus. ....	0/00	Sus. ....
Sin deducible ( ) con deducible ( ) del ..... %			
		Prima Neta Total	Sus. ....
		Prima Adicional	Sus. ....
		Imptos. y Recargos	Sus. ....
		Prima Total	Sus. ....

**Forma de pago:** Cuota inicial Sus.....Saldo en .....Cuotas de:Sus.....cada una

**Vigencia del Seguro:** Desde: ..... Hasta: .....

**IMPORTANTE:** En caso de que la presente solicitud sea aceptada por la Compañía, el riesgo empezará a correr, previo pago de la prima correspondiente. El asegurado declara que la información proporcionada en la solicitud es enteramente conforme a la verdad y que no ha hecho omisiones u ocultaciones intencionales.

LUGAR Y FECHA: ..... AGENTE /BROKER .....

SOLICITANTE Y/O ASEGURADO ..... FIRMAS AUTORIZADAS: .....