



Compañía Internacional de Seguros, S.A.

Solicitud de Seguros de Accidentes Personales

Esta solicitud se debe llenar sin tachones, comillas y otros signos. Llenar en letra Imprenta

Contratante: _____

Cédula o RUC: _____

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Primer Apellido
(Last Name)

Primer Nombre
(First Name)

Cédula / Pasaporte: _____
(ID / passport)

Sexo: M _____ F _____
(Gender)

Zurdo? (S/N) _____
(Left handed)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Date of birth)

Extranjero: _____
(foreign)

País de Origen: _____
(country)

E-mail: _____

PLAN DE COBERTURA SOLICITADO: (Coverage Plan)

- Muerte Accidental (5,000.00), Incapacidad total y permanente (5,000.00), Desmembramiento (5,000.00), Reembolso de gastos médicos por accidentes (5,000.00).
(Accidental death, Total disability and permanent, Dismemberment, Medical expenses by accident.)

Fecha de Salida: ____/____/____
(Departure Date)

Fecha de Regreso: ____/____/____
(Date Arrival)

Cantidad de días: _____
(Amount of days)

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____
(Signature of the applicant)

Fecha: _____
(Date)
