

Para ser asegurado en la póliza colectiva de :

Seguro de Accidentes Personales Anual Seguro Total de Accidentes Personales en Viajes Seguro de Accidentes Personales en Viajes Aéreos Seguro de Accidentes Personales Escolar

Póliza Número: _____ Consentimiento Número: _____

Contratante: _____

Datos del Asegurado

Nombre: _____

Ocupación: _____

Fecha de elegibilidad Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de ingreso Día _____ Mes _____ Año _____

Cobertura

Suma asegurada o regla para determinarla

I Muerte Accidental _____

II Pérdidas Orgánicas _____

 Escala A _____ B _____

III Indemnización Diaria por Accidente _____

IV Reembolso de Gastos Médicos _____

Beneficiarios: _____

Irrevocables Sí _____ No _____

Observaciones: _____

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro colectivo de accidentes personales citada y contribuyo al pago de la prima con _____ , cantidad que autorizo sea descontada de mi sueldo.

Lugar y Fecha _____

Firma o Sello del Contratante _____ Firma del Solicitante _____

Registrado por la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros por oficio 42150 exp. 732.2(5-28)/I del 3 de agosto de 1983.