

Aseguradora ABANK

Aseguradora ABANK, S.A., Seguros de Personas

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO

Fecha de solicitud / Día / Mes / Año Efectividad / Día / Mes / Año Póliza APG No.

DATOS DE EMPRESA

Nombre de la empresa	NCR	NIT
Persona contacto	Área	Teléfono
E-mail	Sector económico: <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Financiero	
Dirección	Departamento	
Actividad:	Teléfono 1	Teléfono 2

RIESGOS CUBIERTOS	CATEGORÍA 1	CATEGORÍA 2	CATEGORÍA 3
I- Muerte por cualquier causa	US\$	US\$	US\$
II- Beneficio suplementario de gastos funerarios	US\$	US\$	US\$
III- Beneficio suplementario por accidente. Indemnización por fallecimiento del asegurado o por lesiones corporales como consecuencia de accidente (MDA)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IV- Beneficio suplementario de exoneración del pago de primas por Incapacidad total o permanente (EPP)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
V- Pago anticipado del capital por incapacidad total o permanente (PCIP)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VI- Enfermedades terminales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Otros

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES GRUPO

Forma de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

¿Ha suscrito algún contrato de seguro colectivo de Accidentes Personales similar al que está solicitando? _____

Si es afirmativo, indique compañía y fecha de caducidad _____

Observaciones _____

Yo _____ en calidad de representante legal de la compañía _____

ubicada en _____, Municipio de _____ Departamento de _____,

solicito a Aseguradora ABANK, S.A. Seguros de Personas, del domicilio de La Libertad, El Salvador, C.A., que emita una Póliza de Seguro de Accidentes Personales Grupo, para asegurar a las personas que se encuentran al servicio de la empresa anteriormente mencionada según las condiciones y coberturas descritas en la cotización y en el presente documento.

Firma y sello del cliente

Intermediario

Código

Gerente de Negocios

Código