



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

			SEGUI	NO DE	ACCIDENT	ES PERSO	MALLS
Facha: / /							
Fecha://							
	Solicitue	d Individual y	Declaració	n de Ben	eficiarios		
Contratante de la Póliza:							
Nombre y Apellido del Asegurado:							
Fecha de Nacimiento:		Tip	oo y Número de	Documento:			
Ocupación:							
Sexo:	Estado Ci	vil:					
Domicilio Calle:	Número: Piso: Dpto:						
Tel. Fijo:	Celular:	Celular:					
Localidad: Provincia:			C.P.:				
Nº de Póliza:							
	ı						
Riesgo Principal: Según términos	de la Póliza Vig	ente.					
SUMA ASEGURADA: Según térm	ninos de la Pól	iza Vigente.					
Declaración de Beneficiarios							
Apellido y Nombre		Tipo y Nº Do	oc Fecha i	Nacimiento	Vínculo	% de Beneficio	Orden
7 speniar y Hemisic			i cona i	10011110	76	70 de 2011011010	
La cabartura de riga per las términas y	aandiajanaa da k	n Dálian					
La cobertura se rige por los términos y	condiciones de la	a Poliza.					

Firma del Asegurado y Aclaración