



ASSA Travel

SOLICITUD DE SEGURO DE VIAJES

GLOBAL TRAVEL PROTECTION

Silver
Gold
Platinum

ASSA TRAVELER

Premium
Estándar

CRUISE PROTECTION

ES TU SEGURO

PERIODO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA

Vigencia: Desde: ____ / ____ / ____
dd / mm / aaaa

Hasta: ____ / ____ / ____
dd / mm / aaaa

Destino: _____

ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Apellido

Segundo Apellido

Apellido de Casada

Nombre

Cédula / Pasaporte

Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
dd / mm / aaaa

Nacionalidad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Contacto en caso de emergencia

Celular

Teléfono

Correo Electrónico

CÓNYUGE E HIJOS QUE VIAJAN CON USTED

NOMBRE DEL ASEGURADO	CEDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	SEXO F/M	FECHA DE NACIMIENTO

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL – ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CEDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACION

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL – CONYUGE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CEDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACION

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL – HIJO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CEDULA	PARENTESCO	% PARTICIPACION

CUESTIONARIO MEDICO

Se deberá de contestar "si" o "no" dentro del espacio marcado para titular, cónyuge e hijos. En caso de cualquier respuesta afirmativa favor subrayar la afección y ampliar en el espacio establecido para ello. En caso de necesitar mayor espacio puede anexar una hoja en blanco y colocar su firma y cédula al final de la misma.

A) Padece o ha padecido de	Principal	Cónyuge	Hijo	B)Antecedentes Patológicos	Principal	Cónyuge	Hijo
1- ¿Algún Soplo de Corazón?				1-¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?			
2-¿Alguna Enfermedad en el Corazón?				2-¿En los últimos 24 meses ha consultado con algún médico?			
3-¿Asma, Diabetes, Epilepsia, Tumor, Cáncer o cualquier otra enfermedad no detallada en esta solicitud?				3-¿Se le ha recomendado someterse a tratamiento médico o quirúrgico para serle practicado en el futuro próximo?			
4- ¿Trastornos Nerviosos o Mentales?				4-¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?			
5) ¿Le falta algún miembro o parte de el o tiene alguna deformidad física?				5-¿Esta usted sujeto a cualquier tratamiento médico?			

Si contesto “SI” Alguna de las preguntas anteriores, Explique:

Asegurado Principal: _____

Cónyuge: _____

Hijo: _____

Autorizo por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnostico y otra facilidad médica o médicamente relacionada que posee licencia como tal, compañía de Seguros, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge, o hijos dependientes propuestos en el seguros, sea en El Salvador o en el extranjero a dar dicha información a ASSA Compañía de Seguros S,A, y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda responsabilidad penal, civil o administrativa, en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento con lo establecido en la Ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostática de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historia clínica.

Por el presente medio yo el/los solicitante(s), Asegurado(s), Beneficiario(s) y/o Cliente(s) autorizo expresamente a que mi/nuestra información aquí contenida, incluyendo pero sin limitarse a la personal, pueda ser compartida y/o distribuida entre las compañías del grupo ASSA, incluyendo sus filiales, sucursales y/o subsidiarias, dejando libre de cualquiera responsabilidad material y/o legal a estas compañías, incluyendo sus filiales, sucursales o subsidiarias.

Firma del Solicitante: _____ Cédula: _____

Dado en El Salvador, San Salvador a los _____ del mes de _____ del _____.

CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Licencia