



COOPSEGUROS

Cooperativa Nacional De Seguros

C/ Hermanos Deline #156, Gazcue, Santo Domingo, República Dominicana
Tels.: 809-682-6118 / 1-809-200-6118 / Fax: 809-682-6313
www.coopseguros.coop

SOLICITUD SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES/ ESCOLAR

Datos Generales del Solicitante

Nombre de la institucion _____ RNC _____
 Direccion _____
 Calle/Numero _____ Apartamento/edificio _____
 Sector/Ciudad _____

Telefonos _____ Fax _____
 E-mail _____
 Director _____ Persona de Contacto _____

Horario escolar

Tanda	Horario	
Matutina	<input type="checkbox"/> De _____	A _____
Vespertina	<input type="checkbox"/> De _____	A _____
Nocturna	<input type="checkbox"/> De _____	A _____

Asegurabilidad del Solicitante

1. Posee transporte escolar? Si No Si es afirmativo indicar:
 Tipo de Vehiculo _____ Cantidad _____ Capacidad _____
 2. Realizan excursiones? Si No Locales Regionales Con que frecuencia? _____
 3. Cantidad de: Alumnos _____ Profesores _____
 4. Indique la(s) clinica(s) mas cercana a la institucion:

Nombre _____ Telefono _____

Antecedentes del Solicitante

1. Posee el solicitante otro seguro de accidente en vigor? Si No
 En caso afirmativo, Indique: Suma asegurada _____ Compañía _____
 Fecha de emision _____
 Dia / Mes / Año
 2. Posee alguna solicitud de Seguro de Vida, Salud o Accidentes Personales, pendiente de aprobacion o rehabilitacion?
 Si No Compañía _____ Motivo _____

Seleccione el Plan deseado

Coberturas

Sumas Aseguradas

	Plan A <input type="checkbox"/>	Plan B <input type="checkbox"/>	Plan C <input type="checkbox"/>
Muerte Accidental	15,000.00	30,000.00	50,000.00
Desmembramiento	15,000.00	30,000.00	50,000.00
Gastos Medicos	1,500.00	3,000.00	5,000.00
Gastos Odontologicos	1,000.00	1,500.00	2,500.00

Primas anuales por persona asegurada

Prima Horario Regular	25.00	50.00	65.00
Prima Horario 24 Horas	35.00	60.00	95.00
Primas Incluyendo Cobertura Adicional			
Incapacidad Total/Horario Regular	35.00	65.00	85.00
Incapacidad Total/Horario 24 Horas	50.00	90.00	125.00



COOPSEGUROS

Cooperativa Nacional De Seguros

C/ Hermanos Deligne #156, Gazcue, Santo Domingo, República Dominicana

Tels.: 809-682-6118 / 1-809-200-6118 / Fax: 809-682-6313

www.coopseguros.coop

En este seguro no se pagaran beneficios por o a consecuencia de lesiones corporales, enfermedad o infeccion que hubiere ocurrido o existido en, o antes de la fecha de inclusion como asegurado, rehabilitacion de la poliza si caducare o del reingreso de un asegurado. de la En caso de fallecimiento, los beneficios poliza seran pagados a los herederos legales del asegurado.

Por la presente certifico que todas las informaciones y declaraciones suministradas en esta pagina y en su reverso son completas y forman la base verdaderas y sobre la cual se funda la **Cooperativa Nacional de Seguros, Inc.** para emitir la poliza que solicito. Entiendo que cualquier respuesta falsa o inexacta causara la nulidad de la misma. Ademas convengo en que el presente contrato no entrara en vigor hasta que la **Cooperativa Nacional de Seguros, Inc.**, haya aprobado la solicitud y recibido el pago del 100% de la prima correspondiente.

Autorizo a **Cooperativa Nacional de Seguros, Inc.** A investigar y/o suministrar a los centros de informacion crediticia toda la informacion relacionada con mi historial crediticio, asi como la derivada de la experiencia del manejo de mi credito con motivo de esta poliza.

Fecha ____/____/____
Día Mes Año

Solicitante

Intermediario

Codigo

Negocios

Fecha de aceptacion ____/____/____
Día Mes Año

Fecha efectiva ____/____/____
Día Mes Año