



Teléfonos 371000 al 04
C. Loayza Edif. Met. de Ayacucho
piso 10
Casilla 133 - La Paz - Bolivia

Seguros "Illimani" S.A.

Sucursal de Royal Insurance Company Ltd. Establecida en Bolivia en 1923
Afilada a Federal Insurance Company de los E. U. A.

CODIGO: 105-935001-2000 05 023-3001

Nombre y apellidos completos del proponente:

Dirección: Ciudad Calle No. Casilla

Profesión u ocupación

Empleador: Actividad de empleador

Nacionalidad del proponente: Fecha de nacimiento

Estatura: m. Peso kg. Carnet de Identidad No.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1).—¿Cuáles son sus quehaceres? Sirvase indicar detalladamente sus obligaciones dentro de su ocupación.	1).—
2).—¿Trabaja Ud. con maquinarias? En caso afirmativo indique cuáles son.	2).—
3).—¿Trabaja Ud. en obras de construcciones, techos y/o reparaciones de edificios?	3).—
4).—¿Tiene Ud. alguna imperfección física o padece de alguna enfermedad orgánica? Sirvase indicar pormenores, especialmente en lo que refiere a la vista y al oído.	4).—
5).—¿Ha sufrido Ud. alguna vez un accidente, o ha padecido de alguna enfermedad de gravedad? En caso afirmativo, indique las fechas aproximadas y pormenores.	5).—
6).—¿Qué clase de deportes practica Ud.?	6).—

PREGUNTAS	RESPUESTAS
7).--¿Qué clase de deportes y qué otros riesgos adicionales deben ser incluidos con primas adicionales?	7).--
8).--¿Maneja Ud. automóviles?	8).--
9).--¿Ha sido Ud. alguna vez propuesto o asegurado contra accidentes o rehusado? Sirvase indicar el nombre de la Compañía y monto asegurado.	9).--
10).--¿A quién debe ser pagada la suma asegurada en caso de muerte?	10).-- Dirección

El seguro rige desde el de de 19 hasta el de de 19

INDEMNIZACIONES ASEGURADAS.

PLAN A:	Suma a pagar en caso de muerte por accidente.	us\$.
PLAN B:	Suma a pagar en caso de inhabilitación permanente.	us\$.
PLAN C:	Suma a pagar en caso de inhabilitación temporal.	us\$. por día
PLAN D:	Suma para reembolsar gastos de asistencia médica, farmacéutica, y hospitalaria hasta	us\$.

DETALLE DE LA PRIMA:

	Close de riesgo No.
PLAN A: o/oo; Adicionales: o/oo; suma: us\$.
PLAN B: o/oo; Adicionales: o/oo; suma: us\$.
15% de Descuento (sólo cuando se asegura en B el doble de A)	us\$.
PLAN C: ; Adicionales: ; suma: us\$.
PLAN D: ; Adicionales: ; suma: us\$.
Derecho de Póliza:	us\$.
	RECARGO
	PRIMA TOTAL

DECLARACION

Declaro que los anteriores pormenores y datos son verdicos y convengo en dar aviso a la Compañía de Seguros de cualquier variación en mi profesión u ocupación, salud o costumbres y de cualquier otro seguro que electie contra accidentes.

Por la presente convengo que esta declaración se considerará como promesa formal y formará la base del contrato entre yo y la Compañía de Seguros y estoy dispuesto a aceptar una póliza sujeta a los términos y condiciones prescritas por la Compañía en dicho documento y a pagar la prima respectiva.