

Tomador del Seguro

a) Datos de Identificación del Tomador del Seguro

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula de Identidad: Venezolano Extranjero Nº: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino
 País y Ciudad de Nacimiento: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino

b) Información sobre su Habitación

Dirección: _____

 Ciudad: _____ Estado: _____
 Zona Postal: _____ Teléfono: _____
 Teléfono Celular: _____
 Correo Electrónico: _____

c) Información Laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja: _____

 Actividad Económica: _____ Fecha de Ingreso: _____
 Profesión u Oficio: _____ Ocupación: _____
 Cargo que desempeña: _____
 Dirección: _____

 Ciudad: _____ Estado: _____
 Zona Postal: _____ Teléfono: _____

d) Información de Ingresos y Egresos

Ingreso Familiar Mensual Bs. : _____

Número de personas que dependen económicamente de Usted: _____

Posee Vehículo Propio: Sí No

Posee Vivienda Propia: Sí No

e) Información para el cobro de la prima

Dirección de Cobro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

f) Información complementaria:

¿Practica deportes?..... Sí No

En caso afirmativo, dé detalles: _____

Marque con equis (X) si practica alguno de estos deportes:

Paracaidismo

Inmersiones Submarinas

Carreras de Automóviles

Espeleología

Vuelo Delta

Carreras de Motocicletas

¿Posee Título de Piloto?..... Sí No

En caso afirmativo, indique el tiempo de experiencia: _____

g) Para los **Dependientes del Tomador Titular**, por favor complete la siguiente información:

Nº	Apellidos, Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Cédula de Identidad Nº	Ocupación
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Referente al **Seguro a Contratar** por favor marque con equis (X) su respuesta a las siguientes preguntas:

a) Indique sí para el Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, alguna Compañía de Seguros ha:

- Rechazado cualquier propuesta suya Cancelado
 Denegado la continuación de cualquier Seguro Impuesto condiciones especiales para emitir la póliza

En caso afirmativo, dé detalles: _____

b) ¿Mantiene algún otro Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad vigente con ésta u otra Compañía de Seguros? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Vigencia	Sumas Aseguradas

c) ¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Indique fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

d) Período del Seguro, desde: _____ a las 12 m. hasta: _____ a las 12 m.

Coberturas Solicitadas

Servi Salud R.S.A.

a) Por favor indique en la(s) cobertura(s) que usted solicite, el porcentaje de reembolso, suma asegurada y deducible:

	Coberturas	
	Hospitalización, Cirugía y Ambulatorio	Maternidad
Porcentaje de Reembolso.....	<input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100%
Suma Asegurada.....		
Deducible.....		

b) En caso de solicitar la **Cobertura de Maternidad**, por favor indique los **beneficiarios** que estarán amparados bajo dicha cobertura:

- Tomador Titular
 Dependiente N° 1
 Dependiente N° 3
 Dependiente N° 5
 Dependiente N° 2
 Dependiente N° 4
 Dependiente N° 6

c) Por favor indique los **familiares** que estarán amparados bajo la **Cobertura del Anexo de Gastos de Entierro**:

N°	Apellidos, Nombres	Fecha de Nacimiento	Cédula de Identidad N°	Parentesco
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Servi Extra Salud R.S.A.

Para esta cobertura, por favor marque con equis (X) el porcentaje de reembolso que usted solicite e indique la suma asegurada y el deducible en el espacio que corresponda:

Porcentaje de Reembolso: 90% 100%
 Suma Asegurada: Bs. Deducible: Bs.

Royal Medicare

a) Por favor indique los deducibles en el espacio que corresponda:

Básica: US\$ Maternidad: US\$

b) Para el Tomador Titular de este Seguro, por favor marque con equis (X) las coberturas adicionales opcionales solicitadas:

- Muerte Accidental
- Accidente por Deportes de Alto Riesgo
- Repatriación de Restos Mortales

c) Desea contratar el Servicio para Aeroambulancia..... Sí No

Enfermedades de Alto Riesgo

Por favor indique la suma asegurada y el deducible en el espacio que corresponda:

Suma Asegurada: US\$ Deducible: US\$

Yo, el Tomador, **DECLARO**:

- I. Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una todas las preguntas consignadas en esta solicitud y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- II. Que no he omitido, ocultado, ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de La Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- III. Que esta Solicitud de Seguro es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente, formando parte integrante del contrato y que cesa la responsabilidad de La Empresa de Seguros siendo nulo dicho contrato en caso de fraude o declaración falsa o reticencia por mi parte.

AUTORIZO a Royal & SunAlliance Seguros (Venezuela), S.A. a pedir cualquier información relacionada con mi estado de salud o del grupo solicitante que represento, a todos los médicos, hospitales, clínicas o instituciones que me o nos hayan atendido, asistido o tratado, relevándolos a todos ellos de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pudiera derivarse de tales informaciones. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

DOY FE que toda la información que suministro a la empresa **Royal & SunAlliance Seguros (Venezuela), S.A.**, es verdadera, autorizando a esta empresa o a quién competa, realizar las operaciones que sean necesarias a fin de constatar el origen del dinero utilizado para el pago de las primas. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP) y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 98-2-2-899 de la Superintendencia de Seguros publicada en Gaceta Oficial N° 36.453 del 14 de mayo de 1998, contenida en las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones de parte de las personas naturales y jurídicas para prevenir la legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano.

Firmado en: _____

a los _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Tomador del Seguro

Intermediario de Seguro: _____ Código N°: _____

Nombre y Apellido del Representante: _____

En _____

a los _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Intermediario de Seguros

La responsabilidad de la compañía no comienza hasta que la Póliza haya sido emitida y la prima pagada.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10178 de fecha 05 de Septiembre de 2002

Página 5 de 5

Forma 461027 (11-2002)