

**SOLICITUD DE SEGUROS COLECTIVOS**

**Datos del TOMADOR**

Nombre del TOMADOR \_\_\_\_\_ C.I. o Rif: E  V

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de Persona: Natural  Jurídica  Actividad Económica \_\_\_\_\_

**Datos del Propuesto ASEGURADO o ASEGURADO TITULAR**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo M  F

C.I. o Rif: E  V  Fecha de Nacimiento / / \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Estado Civil: S  C  D  V  O  Ocupación y Oficio \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso / / \_\_\_\_\_ Ingreso Mensual \_\_\_\_\_ Bs.

Dirección habitación / Oficina: Urbanización \_\_\_\_\_ Calle o Av. \_\_\_\_\_

Qta o Residencia \_\_\_\_\_ No. Apto \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro: Urbanización \_\_\_\_\_ Calle o Av. \_\_\_\_\_

Qta o Residencia \_\_\_\_\_ No. Apto \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Dirección E- mail \_\_\_\_\_

**Seguro de Vida (SV)**

**Servicio Funerario (SF)**

* Riesgo Cubierto (Bs. <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> )	Suma Asegurada	Riesgo Cubierto	Suma Asegurada
Vida	_____	Cáncer	_____
Desmembramiento	_____	Enfermedades Graves	_____
Incapacidad T. Y Permanente	_____	Asistencia Funeraria	_____
Muerte Accidental	_____	Otro:	_____
Beneficio por Fallecimiento de Familiares	_____		

**Seguro de Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCMC)**

**Exceso de Gastos Médicos (EG)**

* Riesgo Cubierto (Bs. <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> )	Suma Asegurada	Deducible	% de Reembolso
Hospitalización	_____	_____	_____
Maternidad	_____	_____	_____
Ambulatorio	_____	_____	_____
Exceso Gastos Médicos M.	_____	_____	_____
Otros:	_____	_____	_____

**Forma de Pago**

Forma de Pago Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	* A través del TOMADOR de la Póliza. <input type="checkbox"/>
	* Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Nro. de Tarjeta _____
	Visa <input type="checkbox"/> Banco _____
	Master Card <input type="checkbox"/> Fecha de Vencimiento _____
	* Cheque <input type="checkbox"/> Banco: _____
Tipo de Cuenta: _____	
No. de Cuenta: _____	
* Domiciliación Bancaria <input type="checkbox"/> Banco: _____	
Tipo de Cuenta: _____	
No. de Cuenta: _____	

\* El Asegurado no esta obligado a tomar todos los Riesgos Cubiertos previsto en esta Solicitud.

Seguro: Accidentes Personales (AP)  Educación Segura (ES)  Protección Escolar (PE)

Suma Asegurada				
Riesgo Cubierto (Bs. <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> )	Asegurado	Conyuge	Padres	Hijos
Muerte Accidental e Invalidez Permanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Temporal Total.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Temporal Parcial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidez Total y Permanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastos Médicos Deducible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnización Semanal Días Deducibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnización / Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia en Viajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastos Funerarios por A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renta Mensual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crecimiento _____ % años _____				
Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asist. Prof. Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asist. Ambulancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asist. Domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Propuestos ASEGURADOS DEPENDIENTES**

Tipo de Seguro: SV  SF  AP  ES  HCMC  EG  PE   
 Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación y Oficio \_\_\_\_\_ Parentesco con el ASEGURADO \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: SV  SF  AP  ES  HCMC  EG  PE   
 Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación y Oficio \_\_\_\_\_ Parentesco con el ASEGURADO \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: SV  SF  AP  ES  HCMC  EG  PE   
 Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación y Oficio \_\_\_\_\_ Parentesco con el ASEGURADO \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: SV  SF  AP  ES  HCMC  EG  PE   
 Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación y Oficio \_\_\_\_\_ Parentesco con el ASEGURADO \_\_\_\_\_

Tipo de Seguro: SV  SF  AP  ES  HCMC  EG  PE   
 Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación y Oficio \_\_\_\_\_ Parentesco con el ASEGURADO \_\_\_\_\_

## BENEFICIARIOS

**Tipo de Seguro:** SV  SF  AP  ES (Muerte Accidental)  ES (Renta)  PE   
Para el caso de: ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO  ASEGURADO DEPENDIENTE   
Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ % de distribución en caso de muerte \_\_\_\_\_  
Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

**Tipo de Seguro:** SV  SF  AP  ES (Muerte Accidental)  ES (Renta)  PE   
Para el caso de: ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO  ASEGURADO DEPENDIENTE   
Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ % de distribución en caso de muerte \_\_\_\_\_  
Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

**Tipo de Seguro:** SV  SF  AP  ES (Muerte Accidental)  ES (Renta)  PE   
Para el caso de: ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO  ASEGURADO DEPENDIENTE   
Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ % de distribución en caso de muerte \_\_\_\_\_  
Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

**Tipo de Seguro:** SV  SF  AP  ES (Muerte Accidental)  ES (Renta)  PE   
Para el caso de: ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO  ASEGURADO DEPENDIENTE   
Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ % de distribución en caso de muerte \_\_\_\_\_  
Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

**Tipo de Seguro:** SV  SF  AP  ES (Muerte Accidental)  ES (Renta)  PE   
Para el caso de: ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO  ASEGURADO DEPENDIENTE   
Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ % de distribución en caso de muerte \_\_\_\_\_  
Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

**Tipo de Seguro:** SV  SF  AP  ES (Muerte Accidental)  ES (Renta)  PE   
Para el caso de: ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO  ASEGURADO DEPENDIENTE   
Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
C.I. o Rif: E  V  \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ % de distribución en caso de muerte \_\_\_\_\_  
Dirección de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

**Declaraciones Complementarias del Propuesto ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO sobre su estado de salud y el de los propuestos ASEGURADOS DEPENDIENTES**

*En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas, utilice el espacio destinado en Observaciones, para dar los detalles)*

1. ¿Han padecido o padecen de enfermedades cardiovasculares, respiratoria, trastornos endocrinos, trastornos de la sangre, tumores, cáncer u otra enfermedad? Si  No

(De los detalles referente a las enfermedades o accidentes que han sufrido cada una de las personas incluidas en esta solicitud, indicando nombre de las personas, descripción del padecimiento y fecha del diagnóstico del mismo)

2. Dentro de los últimos cinco (5) años ha(n) recibido Transfusiones Sanguíneas? Si  No

3. ¿Actualmente alguno de ustedes está en estado de gravidéz, o planean algún tratamiento con intervención quirúrgica? Si  No

4. ¿Fuman cigarrillos? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria). Si  No
5. ¿Consumen bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo indique Quién, cantidad y frecuencia). Si  No
6. ¿Practican algún deporte? Si  No
7. ¿Piensa Ud. cambiar de ocupación? Si  No
8. ¿Piensa viajar o establecer su residencia fuera del país en que reside actualmente? Si  No
9. ¿Cuántas horas vuela Ud. al año en aviones comerciales? \_\_\_\_\_ ¿Privado? \_\_\_\_\_  
 ¿Posee licencia de Piloto Comercial? ( en caso Afirmativo , llene el cuestionario de aviación)

10. ¿Qué otro seguro de Vida, Muerte Accidental, Incapacidad, Médico, Cáncer o Enfermedades Graves tiene usted en vigor, ha solicitado y cuáles han sido rechazados?

Compañía	Ramo	Cantidad	Tipo de Seguro	Fecha de Emisión

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Conformación del Propuesto ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO:**

Las declaraciones falsas y la retencencias por parte del TOMADOR o del ASEGURADO o ASEGURADO TITULAR se regiran por lo establecido en las condiciones de la póliza.

Autorizo a la compañía Seguros Venezuela a confirmar la información suministrada en la presente solicitud e igualmente autorizo a todos los médicos, personas afines y a todas aquellas Clínicas o cualesquiera otra institución que me han atendido, para que suministren información completa.

También doy fé de que el monto de dinero con el que ha de pagar la prima proviene de fuentes lícitas y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Para el caso de que se compruebe, por cualquier medio, que la fuente de donde proviene el dinero no es lícita, expresamente libero a la Compañía Seguros Venezuela de responsabilidades legales, y asumo, en consecuencia, las responsabilidades penales y civiles que se deriven de dicho hecho. En fé de lo que se firma en:

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del TOMADOR

\_\_\_\_\_  
Firma del ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO

\* Firma del DEPENDIENTE      Nombre Intermediario, Código \_\_\_\_\_      Firma Intermediario

\* Solo si posee algún Riesgo Cubierto que cubra fallecimiento o Incapacidad Total Permanente.

**Aprobada por la superIntendencia de Seguros en oficio 12423 el día 31-10-02**