

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

Datos del TOMADOR

Nombre completo: _____ Dirección: _____

Datos del Propuesto ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO

Apellidos _____ Nombres _____ Peso _____ Estatura _____
 Estado Civil: S C D V O Ocupación y Oficio _____
 Principales labores de dicha ocupación _____
 Ingreso Mensual _____ Bs. Descripción breve del deporte u otra actividad que realice _____
 Nombre del Patrono _____ Cuyo Negocio es: _____
 Dirección de habitación / Oficina: Urbanización: _____ Calle o Av. _____
 Qta o Residencia: _____ Estado _____
 Ciudad _____ Zona Postal _____ Teléfonos _____
 Dirección de Cobro: Urbanización _____ Calle o Av. _____
 Qta o Residencia: _____ Estado _____
 Ciudad _____ Zona Postal _____ Teléfonos _____
 Dirección de E-mail: _____

¿Consumes Ud. bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia:
 No Si _____
 ¿Ha usado drogas que formen hábitos? En caso afirmativo indique tipo cantidad y frecuencia:
 No Si _____
 ¿Ud Fuma.? En caso afirmativo indique cantidad diaria. No Si _____

ASEGURADO CONYUGE y ASEGURADOS DEPENDIENTES

Nombre y Apellido	nº Asignado	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Sexo F / M	Parentesco
	1				TITULAR
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				

Riesgos cubiertos / Sumas aseguradas para el ASEGURADO, el ASEGURADO CONYUGE y los ASEGURADOS DEPENDIENTES

Riesgo Cubierto	Suma Asegurada	Nº Asignado en esta Solicitud, según cuadro anterior					
		1	2	3	4	5	6

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 _____ <hr/> * Cheque <input type="checkbox"/> Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____ No. de Cuenta: _____ <hr/> * Domiciliación Bancaria <input type="checkbox"/> Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____ No. de Cuenta: _____
---	--

BENEFICIARIOS

Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Para el Asegurado	Gastos Funerarios por accidente <input type="checkbox"/>	Renta Mensual Creciente <input type="checkbox"/>	
N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.I.: E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____			
Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte <input type="checkbox"/> Teléfonos _____			
Dirección de habitación: _____			

Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Para el Asegurado	Gastos Funerarios por accidente <input type="checkbox"/>	Renta Mensual Creciente <input type="checkbox"/>	
N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.I.: E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____			
Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte <input type="checkbox"/> Teléfonos _____			
Dirección de habitación: _____			

Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Para el Asegurado	Gastos Funerarios por accidente <input type="checkbox"/>	Renta Mensual Creciente <input type="checkbox"/>	
N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.I.: E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____			
Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte <input type="checkbox"/> Teléfonos _____			
Dirección de habitación: _____			

Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Para el Asegurado	Gastos Funerarios por accidente <input type="checkbox"/>	Renta Mensual Creciente <input type="checkbox"/>	
N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.I.: E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____			
Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte <input type="checkbox"/> Teléfonos _____			
Dirección de habitación: _____			

Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Para el Asegurado	Gastos Funerarios por accidente <input type="checkbox"/>	Renta Mensual Creciente <input type="checkbox"/>	
N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.I.: E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____			
Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte <input type="checkbox"/> Teléfonos _____			
Dirección de habitación: _____			

Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Para el Asegurado	Gastos Funerarios por accidente <input type="checkbox"/>	Renta Mensual Creciente <input type="checkbox"/>	
N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.I.: E <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____			
Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte <input type="checkbox"/> Teléfonos _____			
Dirección de habitación: _____			

Muerte Accidental Gastos Funerarios por accidente Renta Mensual Creciente
 Para el Asegurado
 N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M F
 C.I.: E V _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____
 Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte Teléfonos _____
 Dirección de habitación: _____

Muerte Accidental Gastos Funerarios por accidente Renta Mensual Creciente
 Para el Asegurado
 N° _____ Nombre del Beneficiario _____ Sexo M F
 C.I.: E V _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Ocupación _____
 Parentesco _____ % de Distribución en caso de muerte Teléfonos _____
 Dirección de habitación: _____

Declaraciones Complementarias para el ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO, ASEGURADO CONYUGE y los ASEGURADOS DEPENDIENTES

1. ¿Han sido tratados o padecen de alguna afección?.(Si es afirmativo indique cuales y quienes) _____ Si No
2. Dentro de los últimos cinco (5) años han recibido Transfusiones Sanguíneas? _____ Si No
3. ¿Adolecen de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos? (En caso Afirmativo indicar cuales y quienes) Si No _____
4. ¿Practica algún deporte? (en caso afirmativo indique cuales y quienes) _____ Si No
5. ¿Piensa Ud. cambiar de ocupación? _____ Si No
6. ¿Piensa Ud. viajar o establecer su residencia fuera del país en que reside actualmente? Si No
7. ¿Cuántas horas vuela Ud. al año en aviones comerciales? _____ ¿Privado? _____ ¿Posee licencia de Piloto Comercial? _____ (En caso Afirmativo , llene el cuestionario de aviación)
8. ¿Alguno de Ustedes están en estado de gravidez, o planean algún tratamiento médico con intervención quirúrgica.? En caso afirmativo indique: Si No Quién? _____

Responda a continuación el siguiente cuestionario para Ud. y sus DEPENDIENTES:

Apellido y Nombre	Padecimiento	Parentesco	Estado Actual

Conformación del TOMADOR y del ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO

PRIMERO: Las declaraciones falsas y las reticencias por parte del TOMADOR o ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO se giran por lo establecido en las condiciones de la póliza.

SEGUNDO: Autorizo al banco para cargar en mi tarjeta de crédito arriba individualizada, o cualquiera otra que la sustituya o reemplace, el valor de las primas de Seguro que contrate con Seguros Venezuela, asumiendo además el compromiso de mantener mi tarjeta vigente y con el crédito suficiente para cubrir el cargo. En caso de sustitución o reemplazo de la tarjeta de crédito, autorizo al Banco emisor a informar a SEGUROS VENEZUELA el nuevo No. asignado y demás datos relacionados con mi tarjeta.

TERCERO: Convengo en que Seguros Venezuela enviará al Banco periódicamente la solicitud de cobro correspondiente, liberando al Banco de cualquier responsabilidad, si ello no ocurriera. El cargo en la Tarjeta de Crédito se hará de forma mensual y registrá a partir de la fecha de otorgamiento de este mandato.

CUARTO: 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 ó 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 deriben 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 ASEGURADO CONYUGE

Nombre Intermediario

Código

Firma Intermediario

Aprobada por la Superintendencia de seguros en oficio 12423 el día 31-10-02