

**SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO
 PROPUESTO ASEGURADO TITULAR**
 Inclusión Exclusión Actualización

Marque el recuadro de (el/los) Seguro (s) a Contratar y complete la sección correspondiente al mismo

- 1- Vida (SV)** **2- Servicios Funerarios (SF)** **3- Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCMC)**
 4- Exceso de Gastos Médicos (EGM) **5- Accidentes Personales (AP)**

Datos Básicos del Propuesto Asegurado Titular

Primer Apellido del Titular:		Segundo Apellido del Titular:	
Primer Nombre del Titular:		Segundo Nombre del Titular:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad/Pasaporte/Rif: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Estatura: Mts. Cms.	Peso: Kg.
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		Tiempo en el Cargo:	Ingreso Mensual (Bs.):
Oficio u Ocupación:		Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	N° Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Pagina Web/e-mail:	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		Tiempo en el Cargo:	Ingreso Mensual (Bs.):
Dirección de Oficina:			
País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Sector:	Zona Postal:	Avenida:	Calle:
Tipo de Local: <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> Centro Empresarial/ Comercial <input type="checkbox"/> Otro:			Nombre de Quinta/Torre:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Pagina Web/e-mail:	
Enviar información a la dirección de: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otro:			
Capacidad Económica Promedio Anual (Bs.)			
Hasta 4.000	<input type="checkbox"/> De 8.001 a 12.000	<input type="checkbox"/> De 16.001 a 20.000	<input type="checkbox"/>
De 4.001 a 8.000	<input type="checkbox"/> De 12.001 a 16.000	<input type="checkbox"/> Más de 20.000	<input type="checkbox"/>

Características de la(s) Póliza(s) solicitas por el Tomador:

<p>1- Vida (SV) <input type="checkbox"/></p> <p>(Indique los Beneficiarios del Seguro en la Sección Correspondiente) (El Titular no está obligado a tomar todos los riesgos cubiertos previstos en esta solicitud) Moneda: Bs. <input type="checkbox"/></p>	Riesgo Cubierto	Suma Asegurada
	Muerte por Cualquier Causa (obligatoria)	
	Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento	
	Beneficio por Incapacidad Total y Permanente	
	Beneficio por Fallecimiento de los Familiares Asegurados	

2-Servicios Funerarios (SF) <input type="checkbox"/> (Indique los Beneficiarios del Seguro en la Sección Correspondiente) Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>		Enfermedades Graves							
		Riesgo Cubierto		Suma Asegurada					
3-Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCMC) <input type="checkbox"/> (El Titular no está obligado a tomar todos los riesgos cubiertos previstos en esta solicitud) Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>		Asistencia Funeraria							
		Riesgo Cubierto		Suma Asegurada					
		Básica							
		Deducible							
		% de Reembolso							
		Maternidad							
		Ambulatorio							
		Servicio Funerario							
		Odontológico							
		Telemedicina							
4-Exceso de Gastos Médicos (EGM) <input type="checkbox"/> Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>		Cesantía							
		% de Reembolso	Deducible	Suma Asegurada					
5-Accidentes Personales (AP) <input type="checkbox"/> (Indique los Beneficiarios del Seguro en la Sección Correspondiente) Riesgo Cubierto (El Titular no está obligado a tomar todos los riesgos cubiertos previstos en esta solicitud) Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>		Riesgo Cubierto		Suma Asegurada					
		Muerte							
		Muerte Accidental e Invalidez Permanente							
		Gastos Médicos por Accidente							
		Indemnización Semanal por Accidente (con un día deducible)							
		Muerte Accidental por Asalto o Atraco							
		Renta Diaria por Hospitalización (con un día deducible)							
		Asistencia Ambulancia							
		Asistencia en Viajes							
		Asistencia Domiciliaria							
		Gastos Funerarios por Accidente (GFap)							
		Gastos Funerarios (GFap)							
Dependientes del Propuesto Asegurado Titular (Grupo Familiar Asegurable)									
Nº Aseg	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Nº de C.I.	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Ocupación	Póliza Solicitada	
1						Propuesto Asegurado Titular		SF	<input type="checkbox"/>
								HCMC	<input type="checkbox"/>
								EGM	<input type="checkbox"/>
								GFAcc	<input type="checkbox"/>
								GFap	<input type="checkbox"/>
2								SF	<input type="checkbox"/>
								HCMC	<input type="checkbox"/>
								EGM	<input type="checkbox"/>
								GFAcc	<input type="checkbox"/>
								GFap	<input type="checkbox"/>
3								SF	<input type="checkbox"/>
								HCMC	<input type="checkbox"/>
								EGM	<input type="checkbox"/>
								GFAcc	<input type="checkbox"/>
								GFap	<input type="checkbox"/>
4								SF	<input type="checkbox"/>
								HCMC	<input type="checkbox"/>
								EGM	<input type="checkbox"/>
								GFAcc	<input type="checkbox"/>
								GFap	<input type="checkbox"/>
5								SF	<input type="checkbox"/>
								HCMC	<input type="checkbox"/>
								EGM	<input type="checkbox"/>
								GFAcc	<input type="checkbox"/>
								GFap	<input type="checkbox"/>
6								SF	<input type="checkbox"/>
								HCMC	<input type="checkbox"/>
								EGM	<input type="checkbox"/>
								GFAcc	<input type="checkbox"/>
								GFap	<input type="checkbox"/>

Beneficiarios

(Debe tomarse en cuenta el tipo de póliza solicitada según la sigla que le corresponda)

Nº Benef.	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Nº de C.I.	Sexo	Parentesco	Póliza Solicitada		% de Participación
1						SV	<input type="checkbox"/>	
						SF	<input type="checkbox"/>	
						AP	<input type="checkbox"/>	
2						SV	<input type="checkbox"/>	
						SF	<input type="checkbox"/>	
						AP	<input type="checkbox"/>	
3						SV	<input type="checkbox"/>	
						SF	<input type="checkbox"/>	
						AP	<input type="checkbox"/>	
4						SV	<input type="checkbox"/>	
						SF	<input type="checkbox"/>	
						AP	<input type="checkbox"/>	

100% Cada Seguro

Beneficiario 1, Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si No . En caso negativo, indíquela:

Actividad Económica Comercial Profesional : Tiempo en el Cargo: Ingreso Mensual (Bs.):

Oficio u Ocupación: Ejercicio Independiente Empleado Socio

Dirección de Habitación:

País: Estado: Ciudad: Municipio:

Parroquia: Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal): Avenida:

Calle: Tipo de Vivienda: Nombre de Residencia: N° Apto/Casa:
Quinta. Casa Torre

Teléfono 1: Teléfono 2: Pagina Web/e-mail:

Beneficiario 2, Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si No . En caso negativo, indíquela:

Actividad Económica Comercial Profesional : Tiempo en el Cargo: Ingreso Mensual (Bs.):

Oficio u Ocupación: Ejercicio Independiente Empleado Socio

Dirección de Habitación:

País: Estado: Ciudad: Municipio:

Parroquia: Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal): Avenida:

Calle: Tipo de Vivienda: Nombre de Residencia: N° Apto/Casa:
Quinta. Casa Torre

Teléfono 1: Teléfono 2: Pagina Web/e-mail:

Beneficiario 3, Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si No . En caso negativo, indíquela:

Actividad Económica Comercial Profesional : Tiempo en el Cargo: Ingreso Mensual (Bs.):

Oficio u Ocupación: Ejercicio Independiente Empleado Socio

Dirección de Habitación:

País: Estado: Ciudad: Municipio:

Parroquia: Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal): Avenida:

Calle: Tipo de Vivienda: Nombre de Residencia: N° Apto/Casa:
Quinta. Casa Torre

Teléfono 1: Teléfono 2: Pagina Web/e-mail:

Beneficiario 4, Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si No . En caso negativo, indíquela:

Actividad Económica Comercial Profesional : Tiempo en el Cargo: Ingreso Mensual (Bs.):

Oficio u Ocupación: Ejercicio Independiente Empleado Socio

Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	N° Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Pagina Web/e-mail:	

Declaración de Salud del Propuesto Asegurado Titular y de los Asegurados Dependientes

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas, utilice el espacio de Observaciones, para suministrar los detalles.

1. ¿Ha(n) padecido o padece(n) de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos endocrinos, trastornos de la sangre, tumores, cáncer u otra enfermedad? (Suministre los detalles de 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 de diagnóstico del mismo). Si No
2. ¿Dentro de los últimos cinco (5) años ha(n) recibido Transfusiones Sanguíneas? Si No
3. ¿Actualmente alguno de ustedes se encuentra en estado de gravidez, o planea algún tratamiento con intervención quirúrgica? Si No
4. ¿Fuma(n) cigarrillos? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria). Si No
5. ¿Consume(n) usted(es) bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria). Si No
6. ¿Practica(n) usted(es) algún deporte? Si No
7. ¿Piensa Ud. cambiar de ocupación? Si No
8. ¿Planea viajar o establecer su residencia fuera del país en que reside actualmente? Si No
9. ¿Posee licencia de Piloto Comercial o Militar? (En caso afirmativo, llene el cuestionario de aviación correspondiente (Formulario FRMSSC08 o FRMSSC09). Si No
10. ¿Cuántas horas vuela Ud. al año en aviones? Comerciales _____ Privados _____ Militares _____

Observaciones:

Declaración de Fe

Yo el TOMADOR, declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) póliza(s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni he ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo. Estoy informado que cualquier declaración falsa y reticencia de mala fe, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones. Mediante la presente autorizo a la compañía Seguros Venezuela C.A. a verificar la información suministrada en la presente solicitud e igualmente autorizo a todos los médicos, personas afines y a todas aquellas Clínicas o Instituciones Hospitalarias que me hayan atendido, para que suministren información completa contenida en mi historia clínica.

Yo el Tomador declaro, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y, no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Firmado en la Ciudad de _____ a los _____ del mes _____ del año _____

Intermediario de Seguros

Nombre: _____ Código: _____

Firma Intermediario de Seguros Firma Por Seguros Venezuela Firma Propuesto Asegurado Titular

** El Dependiente

** Solo si posee algún Riesgo Cubierto que cubra Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente.