

Asegurados	Requisitos
Trabajador	2 Copias de la Cédula de Identidad del Trabajador Original y Copia de la Planilla de Seguros Premier
Padres	2 Copias de la Cédula de Identidad de cada uno de los Padres 2 Copias de la Partida de Nacimiento del Trabajador
Cónyuge	2 Copias de la Cédula de Identidad del Cónyuge Original y 2 Copias del Acta de Matrimonio o Constancia de Concubinato (Original, requerido sólo para convalidar las copias)
Hijos	2 Copias de la Cédula de Identidad de cada Hijo 2 Copias de la Partida de Nacimiento de cada Hijo

Fecha de Solicitud		

Solicitud de "Seguro HCM Colectivo"



Datos del Tomador

Apellidos y Nombres / Razón Social: LA NUEVA TELEVISION DEL SUR (T.V.SUR), C.A.			C.I. /Pasaporte/ R.I.F:		
Dirección de Habitación o Residencia Fiscal/Calle/ Avenida:					
Casa /Edificio:		Piso:	Apartamento N°:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:		Estado:			Código Postal:
Teléfono (s) () () ()				FAX: ()	
Dirección de Correo Electrónico:					
Fecha de Constitución de la Empresa:			Naturaleza de la Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		
Tipo de Actividad Económica:				Ingreso Mensual Aproximado (Bs) :	

Datos del Representante Legal

Apellidos y Nombres :			Cédula de Identidad / Pasaporte N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional		Ocupación: <input type="checkbox"/> Ejercicio Profesional <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otro ; Especifique:			
Ingreso Mensual: <input type="checkbox"/> Hasta 4 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Entre 4 y 10 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Entre 9 y 20 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Más de 20 salarios mínimos					
Dirección de Habitación/Calle/Avenida:					
Casa/Edificio:		Piso:	Apartamento N°	Urbanización/Sector:	
Teléfono de Habitación: ()		Teléfono de Oficina: ()		Teléfono Celular: ()	
FAX: ()		Dirección de Correo Electrónico:			

Datos Básicos del Propuesto Asegurado Titular

Primer Apellido:		Segundo Apellido o de Casada:	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Nacionalidad:		Cédula de Identidad /Pasaporte No: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

Estado Civil:		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento:		Edad:	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:							
Actividad Económica:		Ocupación:					
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional		<input type="checkbox"/> Ejercicio Profesional <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otro ; Especifique:					
Ingreso Mensual:							
<input type="checkbox"/> Hasta 4 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Entre 4 y 10 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Entre 9 y 20 salarios mínimos <input type="checkbox"/> Más de 20 salarios mínimos							
Fecha de Ingreso a la Empresa:		Dirección de Habitación Calle/Avenida:					
Casa /Edificio:		Piso:	Apartamento N°:		Urbanización/Sector:		
Ciudad:			Estado:			Código Postal:	
Teléfono Habitación:		Teléfono Oficina:		Teléfono Celular:		FAX:	
()		()		()		()	
Dirección de Correo Electrónico Personal:							
Dirección de Correo Electrónico Laboral:							
Si Usted Posee una Póliza de HCM con Otra Empresa, Responda lo Siguiente:							
Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva ; Nombre de la Empresa:							
Dirección de Cobro:							
<input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> A Cargo del Productor <input type="checkbox"/> Otra ; Especifique:							

Familiares a Incluir en la Póliza											
Apellidos y Nombres		Sexo	CI o Pasaporte N°	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Edad	Estatura (CMS)	Peso (KGS)	Profesión u Ocupación
					Día	Mes	Año				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

DECLARACIÓN DE SALUD

INDIQUE SI USTED Y/O ALGUNA DE LAS PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA PÓLIZA

1. ¿Tiene alguna intervención quirúrgica o tratamiento pendiente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha sufrido o sufre de enfermedades Neuro-Psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Padece o está siendo tratado de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Padece o está siendo tratado de Cáncer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Padece o está siendo tratado de alguna enfermedad en la sangre? (hemofilia, lupus , leucemia)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha sufrido, está siendo tratado o padece de insuficiencia renal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Padece o está siendo tratado por cirrosis hepática?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha sufrido o sufre del corazón, arterias o venas, angina de pecho, infarto del miocardio, trombosis o flebitis, tensión arterial, etc.?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha sufrido o sufre de enfermedades del aparato respiratorio? (bronquitis, asma, neumonía o pleuresía, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Ha sufrido o sufre de enfermedades del aparato digestivo? (úlceras, gastritis, litiasis o cólicos vesiculares, aptitas, estreñimiento, hemorroides, sangramientos rectales, enfermedades del páncreas, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha sufrido o sufre de artritis, reumatismo, deformidades externas, problemas de columna o gota?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12. ¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos dos (2) años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. ¿Ha sufrido algún accidente que le haya dejado mutilación, deformaciones o defectos físicos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14. ¿Sufre enfermedades en la piel, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza, defecto en el hablar, parálisis, embolia, epilepsia y cualquier trastorno mental o nervioso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
16. ¿Ha tenido alteración de la salud o síntoma que no se mencione en alguna pregunta de esta sección?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso de mujeres	
17. ¿Ha sufrido o sufre de sangramientos vaginales, desordenes en la menstruación, flujos o leucorrea en los últimos dos (2) años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, indique cantidad de meses de gestación:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Coberturas Solicitadas

Suma Asegurada (Bs.):	Deducible (Bs.):	Exceso (Bs.):
-----------------------	------------------	---------------

DECLARACIÓN DE FÉ

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro (amos) que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, y que además ésta servirá de base a Seguros Premier C.A., para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Así mismo, me (nos) comprometo (emos) a informar por escrito a la Aseguradora acerca de cualquier hecho que modifique la información inicial suministrada para la emisión de la póliza. Queda entendido que esta solicitud no otorga cobertura provisional.

Autorizo a Seguros Premier C.A., a solicitar cualquier tipo de datos adicionales a los aquí suministrados, a tal efecto, faculto a todos los médicos e instituciones de salud de carácter público o privado, a suministrar cualquier información que pudiese dar indicio de mi historia clínica. Así mismo, yo el tomador, bajo fe de juramento declaro, que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto 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.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

El Tomador
Firma:
RIF y Sello Húmedo

El Solicitante
Firma:
Cédula de Identidad N°

El Productor
Firma:
Código y Sello

SOLO PARA USO INTERNO		
Vigencia del Seguro		Observaciones y Comentarios
Desde	Hasta	