

**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			
<input type="checkbox"/> 1- Vida (SV) <input type="checkbox"/> 2- Servicios Funerarios (SF) <input type="checkbox"/> 3- Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCMC) <input type="checkbox"/> 4- Exceso de Gastos Médicos (EGM) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cédula de Identidad/Pasaporte/Rif: <input type="checkbox"/> 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:	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:	Nº Apto./Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Página 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:	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:	Página 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 4.001 a 8.000	<input type="checkbox"/>	De 12.001 a 16.000	<input type="checkbox"/>
		De 16.001 a 20.000	<input type="checkbox"/>
		Más de 20.000	<input type="checkbox"/>
Características de la(s) Póliza(s) solicitadas por el Tomador:			
1- Vida (SV) <input type="checkbox"/> (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"/>	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				
			Asistencia Funeraria						
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"/>			Riesgo Cubierto		Suma Asegurada				
			Básica						
			Deducible						
			% de Reembolso						
			Maternidad						
			Ambulatorio						
			Servicio Funerario						
			Odontológico						
			Telemedicina						
			Cesantía						
4- Exceso de Gastos Médicos (EGM) <input type="checkbox"/> Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>			% 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)							
N° Benef.	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	N° 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:							
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:		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:		Página Web/e-mail:			
Beneficiario 2 , Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:							
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:		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:		Página Web/e-mail:			
Beneficiario 3 , Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:							
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:		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:		Página Web/e-mail:			
Beneficiario 4 , Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:							
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:	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:	Nº Apto./Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Página 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).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Dentro de los últimos cinco (5) años ha(n) recibido Transfusiones Sanguíneas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Actualmente alguno de ustedes se encuentra en estado de gravidez, o planea algún tratamiento con intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Fuma(n) cigarrillos? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Consume(n) usted(es) bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Practica(n) usted(es) algún deporte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Piensa Ud. cambiar de ocupación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Planea viajar o establecer su residencia fuera del país en que reside actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Posee licencia de Piloto Comercial o Militar? (En caso afirmativo, llene el cuestionario de aviación correspondiente (Formulario FRMSSC08 ó FRMSSC09).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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.		