



SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL

Inclusión Exclusión Actualización

Datos del Tomador			
Apellidos y Nombres/Razón Social:			N° C.I./Pasaporte/RIF:
Actividad Económica, Comercial o Profesional:			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:	
Dirección de Oficina:			
País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Sector:	Zona Postal:	Avenida:	Calle:
Tipo de Local: Quinta <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> Centro Empresarial/Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Nombre de Quinta/Torre:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Pagina Web/e-mail:	
Si el Tomador es Persona Jurídica Responda Adicionalmente			
Fecha de Constitución de la Empresa:		Naturaleza de la Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	
Actividad Económica, Comercial o Profesional:			
Nombre del Registro Mercantil:			
Circunscripción Judicial:			
Fecha:	Número:	Tomo:	
Datos del Representante Legal			
Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad/Pasaporte/RIF. N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Actividad Económica, Comercial o Profesional:		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:	
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:	
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"/>	Cedula 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, Comercial o Profesional:		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:	
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 checked="" 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"/>
Coberturas			
Seguro de Vida (SV) <input type="checkbox"/>			Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>
Riesgo Cubierto			Suma Asegurada
Muerte			
Gastos Funerarios			
Enfermedades Graves			
Beneficio por Incapacidad Total y Permanente			
Accidentes Personales (AP) <input type="checkbox"/>			Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>
Riesgo Cubierto			Suma Asegurada
Muerte			
Muerte Accidental			

Invalidez Total y Permanente	
Gastos Médicos y de Farmacia	
Gastos Funerarios	
Muerte Accidental por Asalto y Atraco	
Broken Bones	
Renta Diaria por Hospitalización	
Servicio de Ambulancia	
Telemedicina	

Forma de Pago de la Prima

Frecuencia de Pago: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Tipo de Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>
Instrumento de Pago: Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/>	
N° Tarjeta:	Banco Emisor:
Fecha de Vencimiento:	

El pago de primas en dinero en efectivo no está permitido. Los pagos de primas se deben emitir a través de cheques no endosables a nombre de Seguros Venezuela C.A., tarjetas de crédito o transferencias bancarias.

Como Propuesto ASEGURADO de la Póliza Individual de Seguros Venezuela, autorizo al banco asignado para que realice el cargo a la cuenta o tarjeta de crédito indicada, de la prima correspondiente a las coberturas seleccionadas y de acuerdo a la forma de pago.

Toda vez que EL ASEGURADO haya autorizado el débito en su cuenta, se compromete a mantener el monto necesario para realizar dicho cobro de acuerdo a la forma de pago autorizada. En caso de renovación o sustitución de la tarjeta de crédito, autorizo al Banco a informar a Seguros Venezuela C.A. el nuevo número asignado.

Dependientes del Propuesto Asegurado Titular Seguro Funerario (SF)

(En la columna Seguro, indique la Póliza SV o AP donde será incluido cada dependiente)

N° Aseg.	Seguro SV o AP	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	N° de C.I.	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Ocupación
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Beneficiarios Cobertura Muerte

N° Benef.	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	N° de C.I.	Sexo	Parentesco	% de Participación
1						
2						
3						
4						
						100%

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

Actividad Económica, Comercial o Profesional:	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:			
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, Comercial o Profesional:					Ingreso Mensual (Bs.):		
Oficio u Ocupación:				Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sociod <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:			
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, Comercial o Profesional:					Ingreso Mensual (Bs.):		
Oficio u Ocupación:				Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sociod <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:			
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, Comercial o Profesional:					Ingreso Mensual (Bs.):		
Oficio u Ocupación:				Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sociod <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:			
Otras Pólizas							
N° Póliza	Compañía	Suma Asegurada	Antigüedad	Vigencia	Tipo de Seguro		
En caso de Pólizas rechazadas, indique las razones:							
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

OS-FRMSSC01 (09-2008)

2. ¿Dentro de los últimos cinco (5) años ha(n) recibido Transfusiones Sanguíneas?	Si <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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Fuma(n) cigarrillos? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Consume(n) usted(es) bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo declare Quién y frecuencia diaria)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Practica(n) usted(es) algún deporte?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Piensa Ud. cambiar de ocupación?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Planea viajar o establecer su residencia fuera del país en que reside actualmente?	Si <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 o FRMSSC09).	Si <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:	
Código:	INTERMEDIARIO

Por SEGUROS VENEZUELA, C. A.	TOMADOR

PROPUESTO ASEGURADO TITULAR	** EL DEPENDIENTE

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

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 8006 de fecha 27-08-2008