

Fecha: _____
DD MM AAAA

Solicitud de Seguros H.C.M. _____ Individual Colectivo

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmienda y debidamente firmada por El Tomador y el Propuesto Asegurado para evitar devolución con base en la información solicitada en esta planilla. La compañía tomará la decisión de aceptar o no la emisión de la póliza, es por ello que le agradecemos la veracidad en sus respuestas.

I. DATOS DEL TOMADOR

1.1. Persona Natural

1.1.1. Apellido(s) y nombre(s)			1.1.2. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____	
1.1.3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	1.1.4. Lugar de nacimiento	1.1.5. Nacionalidad	1.1.6. Fecha de nacimiento	1.1.7. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique: _____
1.1.8. Actividad económica (Sí es comerciante indicar el Ramo)		1.1.9. Profesión u oficio (Especifique)		1.1.10. Descripción de la actividad económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio
1.1.11. Empresa donde trabaja				
1.1.12. Ingreso Anual (Bs.)	1.1.13. Otros Ingresos (Bs.)	1.1.14. E-mail		

1.2. Persona Jurídica

1.2.1. Razón social			1.2.2. R.I.F. <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G Número: _____	
1.2.3. Actividad económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____		1.2.4. Producto u Servicios que ofrece		1.2.5. Ingreso Promedio Anual (Bs.)
1.2.6. Fecha de constitución de la empresa	1.2.7. Nombre del Registro Mercantil	1.2.8. Nro. del Registro	1.2.9. Nro. del Tomo	
1.2.10. Apellido(s) y nombre(s) del representante legal		1.2.11. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____		1.2.12. E-mail

1.3. Dirección de habitación (Persona Natural) o Dirección de empresa (Persona Jurídica)

1.3.1 Estado		1.3.2. Ciudad		
1.3.3. Municipio		1.3.4. Parroquia		
1.3.5. Urbanización		1.3.6 <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal Nombre: _____		
1.3.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local Nombre: _____		1.3.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Indique: _____		
1.3.9. Teléfonos Hab.: _____ Ofic.: _____ Cel.: _____ Fax: _____				1.3.10. Zona Postal

1.4. Dirección de oficina (Persona Natural)

1.4.1. Estado	1.4.2. Ciudad	1.4.3. Municipio	1.4.4. Parroquia	1.4.5. Urbanización
1.4.6. <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal		1.4.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local		1.4.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Número: _____
Nombre: _____ Nombre: _____				
1.4.9. Teléfonos Ofic.: _____ Otro: _____ Cel.: _____ Fax: _____				
1.4.10. Zona Postal	1.4.11. E-mail			

II.- DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

2.1. Persona Natural

2.1.1. Apellido(s) y nombre(s)			2.1.2. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____	
2.1.3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2.1.4. Lugar de nacimiento	2.1.5. Nacionalidad	2.1.6. Fecha de nacimiento	2.1.7. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique: _____
2.1.8. Actividad económica (Sí es comerciante indicar el Ramo)		2.1.9. Profesión u oficio (Especifique)		2.1.10. Descripción de la actividad económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio
2.1.11. Empresa donde trabaja				
2.1.12. Ingreso Anual (Bs.)	2.1.13. Otros Ingresos (Bs.)	2.1.14. E-mail		

2.2. Persona Jurídica

2.2.1. Razón social			2.2.2. R.I.F. <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G Número: _____	
---------------------	--	--	---	--

2.2.3. Actividad económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____		2.2.4. Producto u Servicios que ofrece		2.2.5. Ingreso Promedio Anual (Bs.)				
2.2.6. Fecha de constitución de la empresa	2.2.7. Nombre del Registro Mercantil		2.2.8. Nro. del Registro	2.2.9. Nro. del Tomo				
2.2.10. Apellido(s) y nombre(s) del representante legal		2.2.11. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____		2.2.12. E-mail				
2.3. Dirección de habitación (Persona Natural) <input type="checkbox"/>			2.3. Dirección de empresa (Persona Jurídica) <input type="checkbox"/>					
2.3.1 Estado		2.3.2. Ciudad						
2.3.3. Municipio		2.3.4. Parroquia						
2.3.5. Urbanización		2.3.6 <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal Nombre: _____						
2.3.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local Nombre: _____		2.3.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apt o. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Indique: _____						
2.3.9. Teléfonos Hab.: _____		Ofic.: _____		Cel.: _____				
		Fax: _____		2.3.10. Zona Postal				
2.4. ¿La dirección de cobro es igual a la dirección de habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso negativo, indique la dirección de cobro)								
Indique: _____								
III. COBERTURAS SOLICITADAS								
3.1. Plan de hospitalización y cirugía								
Límite de cobertura Bs. _____								
Deducible Bs. _____								
3.2. Coberturas Opcionales (Estas coberturas no son de carácter obligatorio a discreción del Titular)								
3.2.1. Anexo de gastos médicos mayores			3.2.2. Cobertura de Maternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Límite de cobertura Bs. _____								
Deducible Bs. _____								
3.2.3. Servicio de Ambulancia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3.2.4. Vida (Sólo para Titular) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
3.2.5. Servicio Funerario (Sólo para Titular) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3.2.6. Cobertura de Accidentes Personales (Sólo para Titular y Cónyuge Femenina) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
3.2.7. Servicio de Dermatología <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3.2.8. Servicio Odontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
3.2.9. Servicio Oftalmológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3.2.10. Servicio de Fisioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
IV. PERSONAS A INCLUIR								
Nº	4.1. Apellido(s) y Nombre(s)	4.2. Fecha de Nacimiento	4.3. Parentesco	4.4. Sexo F/M	4.5. Peso	4.6. Estatura	4.7. Cédula de Identidad	4.8. Ocupación (Especifique)
01			TITULAR					
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
En caso de mi fallecimiento mientras me encuentre asegurado y de existir gastos de reembolsos de H.C.M. pendiente de pago, indemnizar a nombre de:								
4.9. Apellido(s) y Nombre(s)		4.10. Parentesco	4.11. Cédula de Identidad		4.12. Edad	4.13. % de Participación		
V. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL								
Esta Póliza Garantiza una Cobertura de Muerte Accidental para el Titular y Cónyuge, según lo especificado en el Cuadro Recibo.								
TITULAR	5.1. Apellido(s) y Nombre(s)	5.2. Parentesco	5.3. Cédula de Identidad		5.4. Edad	5.5. % de participación		

CÓNYUGUE					

VI. OTROS SEGUROS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

6.1. Empresa Aseguradora	6.2. Monto Asegurado	6.3. Antigüedad	6.4. Asegurado/Beneficiario

VII. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR

	SI	NO
a) ¿Goza usted y sus familiares por incluirse en la póliza de buena salud?		
b) ¿Se ha(n) practicado alguna intervención quirúrgica? (Funcional o Estética)		
c) ¿Tiene(n) prevista alguna intervención quirúrgica? (Funcional o Estética)		
d) ¿Usted o alguno de sus familiares por incluirse en la póliza, tiene conocimiento de alguna enfermedad que padece(n) o haya(n) padecido?		
e) ¿Ha(n) consultado o estado usted, o algunos de sus familiares a incluir en la póliza, en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad en los últimos doce (12) meses?		
f) ¿Usted o alguno de sus familiares por incluirse en la póliza, padece(n) actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto?		
g) ¿Ha(n) sufrido usted o alguno de sus familiares por incluir en la póliza, de algún accidente?		
h) ¿Se encuentra usted, su cónyuge o alguno de sus familiares en estado de gravidez?		
i) ¿Sufre o ha sufrido defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo presbical)?		

En caso de responder afirmativamente la preguntas b), c), d), e), f), g), h), i), responda lo siguiente:

7.1. Letra	7.2. Apellido(s) y Nombre(s) de la persona afectada	7.3. Enfermedad/Defecto Accidente/Intervención	7.4. Fecha de Comienzo	7.5. Duración	7.6. Tratamiento Indicado por el médico tratante	7.7. Estado Actual

VIII.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR

8.1. Yo, el propuesto asegurado certifico la exactitud y veracidad de todas las declaraciones arriba expresadas y que nada he omitido, ocultado o disimulado y estoy enterado que las falsedades y reticencias de mala fe por mi parte, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el asegurador de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Yo, _____, C.I. N°.: _____ en mi carácter de tomador de la póliza o, representante del tomador (persona jurídica con R.I.F. N°. _____), declaro: Que el dinero que será utilizado para el pago de la prima, provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, a las que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo u otras leyes de la República Bolivariana de Venezuela.

Autorizo a C.N.A. de Seguros La Previsora, para requerir cualquier información relacionada a esta solicitud de seguros y relevo a los terceros, cuya información será requerida, de la obligación de guardar el secreto profesional y así como de toda responsabilidad que pudiera derivarse del uso que haga la aseguradora de tales informaciones.

Lugar _____ día _____ de _____ de 20_____

TOMADOR		PROPUESTO ASEGURADO	
Firma	Huella dactilar	Firma	Huella dactilar

IX.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

9.1. Apellidos y nombres: _____

C.I. N°.: _____ V ___ E ___ código del intermediario: _____.

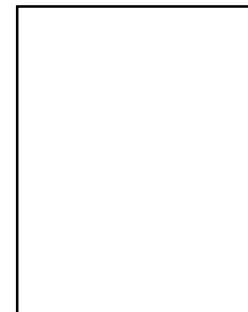
Certifico que todos los datos registrados en la presente solicitud de seguros a mi leal saber y entender son ciertos, correctos, verificables y que las firmas que se avalan son auténticas y veraces.

Lugar _____ día _____ de _____ de 20 _____

Artículo 185, numeral 3, de la Ley de la Actividad Aseguradora: “Serán penados con prisión de dos a seis años:

(....)

3. El intermediario de seguros, que haya incurrido en fraude en el ejercicio de sus funciones. Si el intermediario es una persona jurídica, la sanción por el ilícito se aplicará al presidente o presidenta, administradores o administradoras, ejecutivos o ejecutivas, directores o directoras, gerentes, factores y otros empleados o empleadas de rango similar, responsables del fraude”.



Firma del Intermediario

Huella dactilar