

SOLICITUD DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL CARONÍ

CODIGO: FO-PER-03	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 1/4	

REQUISITOS NECESARIOS PARA LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

- Formulario de Solicitud de Seguro, completamente lleno, sin borrones ni tachaduras. No escribir en los espacios sombreados.
- Cotización, si existe.
- Fotocopia de las Cédulas de Identidad del Propuesto Tomador y del Propuesto Asegurado.
- En caso de practicar deportes o tener ocupación riesgosa, incluir información Complementaria detallada.
- En caso de respuestas afirmativas en la Declaración de Salud, incluir informe médico detallado y sus tratamientos.
- Firmar formulario, idénticamente igual como aparece en la C.I.

Esta solicitud de seguro está sujeta a prueba de asegurabilidad, con base en la información suministrada por el Propuesto Asegurado.

I. DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR

Nombre y Apellido o Razón Social:	(Cédula de Identidad / Registro de Información Fiscal) C.I./R.I.F.:
(En caso de ser persona jurídica) Documento Constitutivo y Estatutos Sociales:	
Dirección de Habitación:	Teléfono:
Dirección de Oficina:	Teléfono:
Actividad Económica, Comercial o Profesional:	Ingresos Anuales:
SI EL PROPUESTO TOMADOR ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
(Nombre de persona autorizada por la empresa) Representante Legal:	(Cédula de Identidad) C.I.:
Dirección Habitación:	Teléfono:

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombres y Apellidos:		Cl.: ☐ V ☐ E ☐
Fecha Nacimiento:	Edad:	Edad Actuarial: Años: Meses:
Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ Otro ☐	Lugar Nacimiento:
Profesión:	Ocupación Actual:	Ingresos Anuales:
Dirección Habitación:	Teléfono:	

III. COBERTURA BÁSICA Y SUMA ASEGURADA

TIPOS DE PLANES	DURACIÓN DEL PAGO	SUMA ASEGURADA	TASA %o	PRIMA ANUAL
VIDA ENTERA	VITALICIO			
VIDA ENTERA PAGOS LIMITADOS				
TEMPORAL FIJO				
TEMPORAL DECRECIENTE				
TOTAL MIXTO				

IV. COBERTURAS OPCIONALES Y SUMAS ASEGURADAS

BENEFICIO	SUMA ASEGURADA	TASA %o	PRIMA ANUAL
PAGO DE CAPITAL ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL			
PAGO DE CAPITAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE			
EXENCIÓN PAGO DE PRIMA EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE			
DESMEMBRAMIENTO O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE			
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE			
TOTAL GENERAL PRIMA ANUAL DEL SEGURO VIDA INDIVIDUAL CARONÍ			Bs.

SOLICITUD DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL CARONÍ

CODIGO: FO-PER-03	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 2/4	

V. DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO

Usted padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes afecciones:		SI	NO
A.	Enfermedades del sistema digestivo (gastritis, úlceras, trastornos hepáticos, vesícula biliar, litiasis, hemorroides, páncreas, colon, recto, esófago, hernia hiatal, apendicitis, diarreas recurrentes.)	☐	☐
B.	Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, infarto, angina de pecho, arteriosclerosis, insuficiencias coronarias o cardíacas, tromboflebitis, afecciones vasculares, fiebre reumática, soplos, hemorragias cerebrales, palpitaciones, arritmias cardíacas, trastornos de circulación, varices, flebitis.	☐	☐
C.	Enfermedades respiratorias (tos crónicas, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria, neumonía)	☐	☐
D.	Enfermedades de la piel, ojos, nariz, oídos, garganta (desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, amigdalitis, rinitis, cataratas, presbicia, miopía, astigmatismo, otitis recurrentes)	☐	☐
E.	Enfermedades venéreas contagiosas o infecciosas (sífilis, blenorragia u otras enfermedades de transmisión sexual, enfermedades del sistema inmunológico, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)).	☐	☐
F.	Trastornos endocrinos (diabetes, obesidad, hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales)	☐	☐
G.	Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, apoplejía, hemiplejía, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, polineuritis, síndrome de Down, alcoholismo, derrame cerebral, mareos, vértigo, drogadicción, delirium tremens.)	☐	☐
H.	Trastornos renales o del sistema urinario (cálculo, próstata, uretra, riñones, vejiga, varicoceles, incontinencia urinaria, enfermedades en los órganos reproductores, sangre o albúmina en la orina)	☐	☐
I.	Trastornos en la sangre, tumores, cáncer.	☐	☐
J.	Enfermedades osteomusculares (desviación de la columna, artritis, reumatismo, hernias discales y hernias de otros, gotas, tumores)	☐	☐
K.	Enfermedades propias de la mujer (alteraciones menstruales, fibroma, glándulas mamarias, trompas, ovarios, útero, prolapso, endometriosis, sangrados vaginales anormales)	☐	☐
L.	Defectos físicos congénitos o adquiridos (trastornos del desarrollo psicossomáticos, dificultades motrices)	☐	☐
M.	Enfermedades del Sistema Neurológico (Desmayos, convulsiones, jaquecas, lesiones en la cabeza, desórdenes del cerebro, crisis nerviosa, enfermedades y desórdenes mentales, dificultades motrices, de lenguaje y de aprendizaje)	☐	☐
N.	Alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores	☐	☐
O.	Se ha sometido alguna vez a intervención quirúrgica.	☐	☐
P.	Ha sido hospitalizado en los últimos cinco (5) años	☐	☐
Q.	Se ha practicado exámenes especiales diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio en los últimos cinco (5) años	☐	☐
R.	Ha tenido, accidentes, heridas o fracturas	☐	☐
S.	Usted o alguna de las personas a incluirse es sorda, muda, lisiada o mutilada en alto grado	☐	☐
T.	Tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento en los próximos seis (6) meses	☐	☐
U.	En caso de ser mujer ¿Está usted embarazada? Indique Nº de meses _____	☐	☐
V.	Le ha sido rechazada alguna solicitud de seguro de hospitalización, vida, accidentes personales o servicios funerarios. Indique en qué compañía _____	☐	☐
W.	Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio o casa de reposo para: descanso, tratamiento, observación o diagnóstico	☐	☐

EN CASO DE HABER RESPONDIDO ALGUNA PREGUNTA AFIRMATIVAMENTE, FAVOR DETALLARLA:

Pregunta Número	Causa o Diagnóstico	Tratamiento	Fecha del Diagnóstico	Nombre de la Clínica o Médico Tratante

SOLICITUD DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL CARONÍ

CODIGO: FO-PER-03	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 3/4	

VI. ANTECEDENTES PERSONALES Y HÁBITOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Estatura:	Peso:	Fecha en que se tomaron las medidas:
¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos 10 años? ☐ SI ☐ NO Aumento ¿en cuantos? _____ Disminuyó ¿en cuanto? _____ Por Dietas: ☐ SI ☐ NO Por enfermedad: ☐ SI ☐ NO (indique la patología) : _____		
¿Fuma usted en la actualidad? En caso afirmativo especifique cantidad. ☐ NO ☐ SI Detalle: _____		
¿Fumó usted en el pasado? En caso afirmativo, tiempo que dejo de fumar y ¿cuánto tiempo fumó? ☐ NO ☐ SI Detalle: _____		
Ingiere Bebidas alcohólicas? Especifique tipo y cantidad ☐ Nunca ☐ Algunas Veces ☐ Frecuentemente Detalle: _____		
¿Ha usado o usa drogas que formen hábitos? ☐ NO ☐ SI En caso afirmativo, indique: Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia _____ Razón de uso: _____		
¿Ha debido cambiar de ocupación / actividad por motivo de salud?: ☐ NO ☐ SI Especifique: _____		

VII. DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA DEL PROPUESTO ASEGURADO

1	¿Realiza o piensa realizar vuelos en avión, avioneta, helicóptero? ☐ NO ☐ SI : Pasajero ☐ Piloto o Tripulante ☐ En caso de ser piloto o tripulante, indique tipo de aviación: (De ser piloto llenar el cuestionario de Piloto) ☐ Aviación Comercial ☐ Aviación Civil ☐ Aviación Militar
2	¿Ha practicado o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa como pesca submarina, competencias en motos, lanchas o automóvil? ☐ NO ☐ SI : Indique detalles: _____
3	¿Realiza o piensa realizar alguna actividad extrema como: Paracaidismo, Alpinismo, parapente, ultralivianos, icaros, puenting o bongi? ☐ NO ☐ SI : Indique detalles: _____
4	¿Ha practicado o piensa practicar algún deporte? ☐ NO ☐ SI : Detalle: _____ ¿En calidad de profesional? ☐ NO ☐ SI : Indique detalles: _____
5	¿Desarrolla o piensa desarrollar alguna actividad económica relacionada con materias explosivas, minas, trabajos subterráneos? ☐ NO ☐ SI : Indique detalles: _____
6	¿Usted consume o ha consumido heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica? ☐ NO ☐ SI : Indique detalles: _____
7	¿Desarrolla o piensa desarrollar alguna actividad relacionada con: Acrobacia, Estibadores, Limpieza de Ventanas de Edificios? ☐ NO ☐ SI : Indique detalles: _____
8	¿Tiene póliza de Vida en vigor o emisión? ☐ NO ☐ SI : Compañía: _____ Suma Asegurada: _____

VIII. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Asegurado	% Distribución

SOLICITUD DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL CARONÍ

CODIGO: FO-PER-03	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 4/4	

Yo, El Propuesto Tomador y/o El Propuesto Asegurado declaro, que:

- He leído cuidadosa y totalmente, todas las preguntas consignadas en el presente interrogatorio y que mis respuestas son verdaderas, amplias completas y exactas.
- Que no he omitido, ocultado ni disimulado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo que pueda modificar la opinión de El Asegurador sobre el riesgo a asumir.
- Que esta solicitud es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima correspondiente, formando parte integrante del Contrato, y que cesa la responsabilidad de El Asegurador, siendo nulo este Contrato en caso de fraude o de declaración falsa de mala fe (aplicable a las Cláusulas de Exención de Responsabilidad, Falsedades y Reticencias de mala fe de las Condiciones Generales de la Póliza).
- Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me han atendido clínicamente para dar información acerca de mis enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar el secreto médico.
- Doy fe que estoy enterado de las exclusiones del presente seguro.
- Yo, el Propuesto Tomador, 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 el Art. 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha de la Solicitud: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del Propuesto Tomador	Firma del Propuesto Asegurado	
Nombre del Intermediario	Código	Firma

IX. AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE MENSAJERÍA DE TEXTO

Yo, _____, en calidad del Propuesto Tomador, autorizo a Seguros Caroní, S.A., a realizar envíos de mensajes de texto al número de teléfono: (04____) _____, con la finalidad de contribuir con la gestión de cobro de las pólizas que mantenemos, así mismo le autorizo el envío de correos electrónicos al email: _____, para el envío de información relacionada con la póliza.

Firma y Fecha

Estatus de la Solicitud:		Fecha de Estatus:
☐ Aceptada ☐ Pospuesta ☐ Rechazada Por: _____		_____/_____/_____
Oficina:	Nº de Póliza	Fecha de inicio de la póliza: ____/____/_____