

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL ACCIDENTES PERSONALES

CODIGO: FO-PER-05	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 1 / 4	

REQUISITOS NECESARIOS PARA LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - 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 Titular. | <ul style="list-style-type: none"> - 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 Titular.

I. DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR

Nombre y Apellido o Razón Social:	(Cédula de Identidad / Registro de Información Fiscal) CI./RIF:
(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 TITULAR

Nombres y Apellidos:		C.I.: ☐ V ☐ E ☐
Fecha Nacimiento:	Edad:	Lugar Nacimiento:
Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ Otro ☐ _____	Nacionalidad:
Profesión:	Ocupación Actual:	Ingresos Anuales:
Dirección Habitación:		
Teléfonos:		E-mail:

III. FAMILIARES ASEGURABLES

Nombres y Apellidos	C.I.	Sexo (F o M)	Fecha Nacimiento	Edad	Parentesco

Ocupación o Actividad del Cónyuge:	Ingresos Anuales:
---	--------------------------

IV. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

..... SUMAS ASEGURADAS.....			
COBERTURAS	ASEGURADO TITULAR	CÓNYUGE	HIJOS
Muerte Accidental			
Invalidez Permanente			
Incapacidad Temporal			
Gastos Médicos			

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL ACCIDENTES PERSONALES

CODIGO: FO-PER-05	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 2 / 4	

CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS (USO DEL ÁREA TÉCNICA)

Clasificación del Riesgo:

Asegurado Titular: _____ **Cónyuge:** _____ **Hijos (as) :** _____

¿DESEA ACTUALIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALS? (Variación del Costo Unidades Tributarias) ☐ SI ☐ NO

V. BENEFICIOS ADICIONALES

COBERTURAS	APLICABLE	SI	NO	SUMA ASEGURADA	PRIMA ADICIONAL GRUPO FAMILIAR
SERVICIO ODONTOLÓGICO	GRUPO FAMILIAR	☐	☐	SEGÚN ANEXO	
SERVICIO AEROAMBULANCIA	GRUPO FAMILIAR	☐	☐	SEGÚN ANEXO	

VI. DESCUENTOS POR APLICACIÓN DE DEDUCIBLES

DEDUCIBLE GASTOS MÉDICOS, Aplicable al Grupo Familiar : ☐ 10% ☐ 20% ☐ 25%	% DESCUENTO: ____
DEDUCIBLE INCAPACIDAD TEMPORAL; Indemnización Pagadera N° días: ASEGURADO TITULAR: 7° ☐ 15° ☐ 22° ☐ 30° ☐ CÓNYUGE: 7° ☐ 15° ☐ 22° ☐ 30° ☐	% DESCUENTO: ____ % DESCUENTO : ____
COBERTURA RESTRINGIDA: ASEGURADO TITULAR: ☐ Vida Privada ☐ Vida Profesional CÓNYUGE: ☐ Vida Privada ☐ Vida Profesional	% DESCUENTO: ____ % DESCUENTO : ____

VII. AMPARO DE COBERTURAS CONDICIONADAS

A- COBERTURA PRÁCTICAS DEPORTIVAS y/o ACTIVIDADES EXTREMAS :

ASEGURADO AMPARADO	DEPORTE	Profesional SI NO	PRIMA ADICIONAL
		☐ ☐	
		☐ ☐	
		☐ ☐	
		☐ ☐	

B- COBERTURA PARA PILOTO O TRIPULANTE DE AERONAVES (De ser piloto llenar el cuestionario de Piloto)

C- COBERTURA VIAJANDO COMO PASAJEROS EN AVIÓN, AVIONETA O HELICÓPTEROS PRIVADOS

D- COBERTURA PARA USO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O VEHÍCULOS SIMILARES

Indique la Cobertura:	ASEGURADO AMPARADO	PRIMA ADICIONAL
☐ B ☐ C ☐ D		
☐ B ☐ C ☐ D		
☐ B ☐ C ☐ D		
☐ B ☐ C ☐ D		
TOTAL GENERAL PRIMA ANUAL DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES		Bs.

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL ACCIDENTES PERSONALES

CODIGO: FO-PER-05	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 3 / 4	

VIII. CUESTIONARIO DE OCUPACIÓN O ACTIVIDAD En casos afirmativos, detalle:		Titular		Cónyuge	
		SI	NO	SI	NO
1.	¿Trabaja fuera de la oficina? Detalle:				
2.	¿Realiza trabajos manuales? Detalle:				
3.	¿Su trabajo es de supervisión o vigilancia? Detalle:				
4.	¿Utiliza máquinas o fuerza motriz? Detalle:				
5.	¿Trabaja en almacenes, laboratorios u otros? Detalle:				
6.	¿Utiliza corriente eléctrica? Detalle:				
7.	¿Trabaja en sitios donde hay materiales explosivos, corrosivos, inflamables, preparados químicos o de alta tensión, minas, trabajos subterráneos? Detalle:				
8.	¿Utiliza embarcaciones? De que tipo: _____ Frecuencia: _____				
9.	¿Trabajo por cuenta propia? Detalle:				
10.	¿Posee Póliza Accidentes Personales Vigente? Compañía: _____ Suma Asegurada: _____ Compañía: _____ Suma Asegurada: _____				
11.	¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de Accidentes Personales, ¿vida, Servicios Funerarios o de Salud? Compañía: _____				
IX. DECLARACIÓN DE SALUD DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS					
Usted o la(s) persona(s) a incluirse padece(n) o ha(n) padecido de alguna(s) de las siguientes afecciones:				SI	NO
A.	¿Se ha(n) sometido alguna vez a intervención quirúrgica?				
B.	¿Ha(n) tenido accidentes, heridas, fracturas?				
C.	Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, infarto, angina de pecho, arteriosclerosis, insuficiencias coronarias o cardíacas, tromboflebitis, afecciones vasculares, hemorragias cerebrales, tromboflebitis.				
D.	Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, apoplejía, hemiplejía, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, polineuritis, síndrome de Down, alcoholismo, derrame cerebral, mareos, vértigo, drogadicción, delirium tremens, dificultades motrices de lenguaje y aprendizaje, trastornos del desarrollo psicosomático).				
E.	Enfermedades osteomusculares (desviación de columna, artritis, reumatismo, hernias discales y hernias de todo tipo)				
F.	Trastornos de sangre, tumores, cáncer, diabetes.				
G.	Usted o alguna de las personas a incluirse es sorda, muda, lisiada o mutilada en alto grado.				
H.	¿Alguna enfermedad o padecimiento no mencionados en las preguntas anteriores?				
EN CASO DE HABER RESPONDIDO ALGUNA PREGUNTA AFIRMATIVAMENTE, FAVOR DETALLARLA:					
Pregunta Nro	Nombre de la Persona a Asegurar	Causa o Diagnóstico	Tratamiento	Fecha del Diagnóstico	Nombre de la Clínica o Médico Tratante

X. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

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

Yo, El Propuesto Tomador y/o El Propuesto Asegurado Titular 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 (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) 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 Titular	
Nombre del Intermediario	Código	Firma

XI. 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 e-mail: _____, para el envío de información relacionada con la póliza.

Firma y Fecha

Estatus de la Solicitud:

☐ Aceptada ☐ Pospuesta ☐ Rechazada Por:

Fecha de Estatus:

____/____/____

Oficina:

Nº de Póliza

Fecha de inicio de la póliza: ____/____/____