

Colectivos

I. DATOS DEL TOMADOR

C.I./RIF Solicitante	Persona Jurídica
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Denominación Social	Actividad Económica e Ingresos
Dirección de Habitación/Persona Natural	
	Teléfonos
Dirección de Cobro y Correspondencia	
	Teléfonos
Dirección de Oficina/ Personal Natural	
	Teléfonos

II. DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR

Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección de Habitación	Teléfonos
Dirección de Oficina	Teléfonos
C.I. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V
Profesión	Lugar y Fecha de Nacimiento
Ingresos Mensuales Aprox.	Ocupación y/o Labor Habitual (Detalle)
	Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Semestral

III. DATOS DE LAS PERSONAS QUE SE INCLUIRÁN EN LA PÓLIZA

	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	C.I.	Ocupación	Edad	Sexo	Peso	Estat.
1		Titular							
2									
3									
4									
5									
6									

COBERTURA BÁSICA

Suma Asegurada	Deducible	Porcentaje de Reembolso (%)

COBERTURA DE EXCESO

Suma Asegurada	Deducible	Porcentaje de Reembolso (%)

COBERTURAS OPCIONALES

Servicio Odontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia Médica a Domicilio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia en Viajes para Personas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---

Importante: El tomador o Asegurado no está obligado a contratar las coberturas opcionales que se indican en esta solicitud.

	Maternidad	Accidentes Personales (Muerte e Invalidez Permanente)	Vida	Servicio Funerario
	Suma Asegurada	Suma Asegurada	Suma Asegurada	Suma Asegurada
1				
2				
3				
4				
5				
6				

¿Posee Ud. o alguna de las personas en el Seguro solicitado, otra póliza de HCM, Accidentes Personales, Vida o Funerario vigente?
 Sí No (Si la respuesta es positiva, especifique por cuánto tiempo ha permanecido asegurado)

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR Y/O PERSONAS INCLUIDAS EN LA PÓLIZA

	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	Porcentaje (%)	Dirección y Teléfono (Si es distinta)
T					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

IV. DECLARACIÓN DE SALUD

¿Algunas personas solicitantes adolecen de defectos de la vista o de los dedos? Sí No - Detalle:

¿Contempla alguien realizar un viaje peligroso o efectuar algún acto de naturaleza arriesgada? Sí No - Detalle:

Debe completar en todas sus partes	Titular 1		Asegurado 2		Asegurado 3		Asegurado 4		Asegurado 5		Asegurado 6	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
a) ¿Se ha realizado alguna operación quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Tiene prevista alguna operación quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Alguno de los solicitantes está en estado de gravidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Ha tenido fracturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Dentro de los últimos 5 años, ha tenido transfusiones sanguíneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Usa bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Usa tranquilizantes o narcóticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Se encuentra vivo su Padre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ¿Se encuentra viva su Madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿En definitiva se considera Ud. o cualquiera de las personas incluidas en esta póliza está sano (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de ser afirmativa alguna de las respuesta en los apartes a, b, c, d, e, explique en detalle: intervención quirúrgica efectuada o tipo de tratamiento médico tratante (anexar informe y resultados de exámenes).

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas en los apartes g, h, i, explique en detalle: cantidad o frecuencia.

En caso de ser negativa alguna de las respuesta en los apartes j, k explique causa de la muerte y edad para ese momento.

Importante:

1. Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e informaciones proporcionadas en esta solicitud, entre la fecha de la firma por el solicitante y la emisión y entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de esta Póliza, debe ser participada a La Compañía de Seguros inmediatamente. En tales casos, La Compañía se reserva el derecho de rechazar la solicitud, de anular el contrato o de aplicar una tarifa modificada con el nuevo concepto que La Compañía formara del riesgo, de acuerdo con lo prescrito en la Cláusula 8, Declaraciones Falsas en la Solicitud, que figura en las condiciones generales.
2. Las declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre el Solicitante y La Compañía de Seguros. Pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.

V. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

1. 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 o podamos padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar el secreto médico.
2. Hago constar que las declaraciones e informaciones que anteceden, incluida la edad, peso, estatura y relación de parentesco, son exactas completas y verdaderas y que no he omitido dato alguno sobre la salud de las personas que hayan de ser incluidas en la Póliza.

VI. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN DESTINO DE LOS FONDOS

Yo, el tomador doy fe de que el dinero utilizado para el pago del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades referidas en la Ley contra la Delincuencia Organizada

Firma Solicitante Tomador	Firma Intermediario	Por La Venezolana de Seguros y Vida C.A.
	Código:	
Lugar		Fecha