



# SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y HOSPITALIZACIÓN

## DATOS DEL ASEGURADO

Nueva  Modificación  Inclusión  Exclusión

Nombre del Solicitante: _____	Certificado: _____
Contratante: _____	Fecha de empleo: _____
Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____ C.I.: _____	Estado Civil: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Ocupación: _____
Cargo: _____	Región Administrativa: _____
Ciudad de Trabajo: _____	Estado: _____
Dirección de habitación: _____	

### HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD Coberturas y Sumas Aseguradas

Amparo Global Bs.: \_\_\_\_\_

Maternidad: Si  No  \_\_\_\_\_

Familiares a incluir en la póliza de hospitalización

Apellidos y Nombres	No. Cédula	Parentesco	Sexo	Fecha Nac.	Edo. Civil

### VIDA

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Doble indemnización por muerte accidental: \_\_\_\_\_

Incapacidad total y permanente: \_\_\_\_\_

Gastos de entierro: \_\_\_\_\_

Beneficiarios en caso de muerte: \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres	No. Cédula	Parentesco	%

### ACCIDENTES PERSONALES

Apellidos y Nombres	No. Cédula	Parentesco	%

## Indicar

1.- ¿Mantiene Ud. o alguno de sus familiares por incluirse, un Seguro de Vida, Accidentes u Hospitalización, Cirugía y Maternidad? Si  No

¿Por qué cantidad? Vida: \_\_\_\_\_  
A.P. \_\_\_\_\_  
H.C.M. \_\_\_\_\_

¿En qué compañía? Vida: \_\_\_\_\_  
A.P. \_\_\_\_\_  
H.C.M. \_\_\_\_\_

2.- ¿Realiza Ud. o alguno de sus familiares por incluirse en el Seguro, vuelos en avionetas, helicópteros u otro tipo de aeronave no comercial Si  No

En calidad de pasajero \_\_\_\_\_ tripulante \_\_\_\_\_ piloto \_\_\_\_\_

No. de licencia: \_\_\_\_\_ Dé detalles sobre experiencias y horas de vuelos anuales \_\_\_\_\_

3.- ¿Padece o ha padecido Ud. o alguno de sus familiares por incluirse en el Seguro solicitado, de ataques de parálisis, apoplejía, perturbación mental, epilepsia, enfermedad de la médula, tuberculosis, cáncer, diabetes, bilharzia, enfermedades del corazón, reumatismo o cualquier otra enfermedad o accidentes que hayan precisado exámenes o tratamientos médicos u hospitalización? Si  No

En caso afirmativo detalle: \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

4.- ¿Tiene Ud. o alguno de sus familiares por incluirse en el Seguro algún defecto físico, congénito o adquirido?  Si  No

En caso afirmativo detalle: \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

5.- La solicitante, la esposa del solicitante o la persona con quien este haga vida marital, ¿está actualmente embarazada? Si  No

¿Considera que tanto Ud. como sus familiares gozan de buena salud? \_\_\_\_\_

6.- ¿Practica algún deporte profesional? \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

Declaro que los datos que suministro en esta solicitud la cual forma parte integrante de ña Póliza son verdaderos, así como también tener conocimiento de los términos y condiciones de la (s) Pólizas (s), los cuales acepto tanto individualmente como en conjunto.

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
El solicitante  
C.I.: