

Solicitud de Seguros de Apoyo en Emergencias

FECHA

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE Y DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO

MOVIMIENTO: EMISIÓN MODIFICACIÓN PÓLIZA: INDIVIDUAL COLECTIVO MONEDA: BOLÍVAR DIVISA

DATOS DEL TOMADOR

Si el solicitante es Persona Natural (indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identificación	N° R.I.F.
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> RH		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de Habitación		Estado	Municipio/Parroquia	
Teléfono de Habitación	Teléfono Móvil	Correo electrónico	Otro Correo electrónico	Ingreso anual Bs.
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria Ramo		Profesión	Ocupación	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)		Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)		Teléfono Oficina

Si el solicitante es Persona Jurídica (indique los datos solicitados)

Nombre o Razón Social de la Empresa	Nombre del Registro Mercantil	N°	Tomo	Fecha de Constitución / /	N° R.I.F.
Dirección de la Empresa		Estado	Municipio/Parroquia		
Objeto Social	Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros Especifique:			Teléfono de la Empresa	
Capital Suscrito y Pagado	Patrimonio (según último estado de resultados)	Utilidad del ejercicio económico anterior (cuando aplique)	Productos/ Servicios que ofrece		
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal				C.I. / Pasaporte	
Dirección de Habitación		Correo electrónico		Teléfono	

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identificación	N° R.I.F.
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> RH		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Habitación		Estado	Municipio/Parroquia	
Teléfono de Habitación	Teléfono Móvil	Correo electrónico	Otro Correo electrónico	Ingreso anual Bs.
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria Ramo		Profesión	Ocupación	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)		Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)		Teléfono Oficina

INFORMACIÓN DE GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Nro.	Parentesco	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso	Estatura
1	Titular			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m
2	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m
3	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m
4	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m
5	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m
6	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

Nro.	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	% de Participación
1			Elija un elemento.	%
2			Elija un elemento.	%

COBERTURAS

Cobertura Básica		Suma Asegurada		Deducible
GASTOS MÉDICOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA POR EMERGENCIAS MEDICAS <input type="checkbox"/>				
FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral
DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR				
Interrogantes		Asegurado Afectado	Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)	
1.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas está bajo tratamiento médico, padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido intervenida quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene planificada alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres (3) años? Indique causa y fecha	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
6.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas fuma o fumaba? Indique la cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
8.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas practica o ha practicado algún deporte? Indique cual, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha estado o está bajo observación o tratamiento psiquiátrico y/o psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene algún impedimento, defecto o deformación física? Indique cual, especifique si es congénito o a consecuencia de un accidente o similar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
12.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros de Salud y/o Vida? Indique empresa aseguradora y motivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
13.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas se encuentra amparada por alguna póliza de Salud, Gastos Funerarios o Accidentes Personales? Indique empresa aseguradora y capital asegurado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
14.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha padecido o padece alguna otra enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
DECLARACIÓN DE SALUD COMPLEMENTARIA ASOCIADA AL HISTORIAL FAMILIAR				
Interrogantes		Asegurado Afectado	Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)	
Indique si Ud. o alguna de las personas a ser aseguradas padece o ha padecido algunas de las siguientes afecciones:				
A.	Hipertensión Arterial, Infartos, Arritmias, Taquicardias, Enfermedad Cerebro Vascular, Várices, Arterioesclerosis, Tromboflebitis, Aneurismas o cualquier otra enfermedad cardiaca o circulatoria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
B.	Asma, Bronquitis, Tuberculosis, Tos Constante, Neumonía, Bronconeumonía, Derrame Pleural, Apnea del sueño o cualquier otra enfermedad respiratoria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
C.	Gastritis, Úlceras Pépticas, Colón Irritable, Pólipos Intestinales, Esofagitis, Cálculos Vesiculares o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
D.	Dermatitis, Dermatitis, Infecciones de piel, Carcinomas Basocelulares, Fragilidad Capilar, Seborrea, Vitiligo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
E.	Cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Irritaciones oculares, Miopías y otras afecciones visuales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
F.	Rinitis, Sinusitis, Otitis, Amigdalitis, Deformaciones del Tabique y los Cornetes Nasales, Otitis, Vértigo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
G.	Artritis, Reumatismo, Neuritis, Gota, Síndrome del Manguito Rotador, Osteoartritis, Osteoporosis, Bursitis, afecciones de la Columna Vertebral.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
H.	Diabetes, Tiroiditis y sus variaciones, hipertrigliceridemia, Bocio, Obesidad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
I.	Cálculos y/o Alteraciones en Riñones, Vejiga o Próstata, Infecciones en el Sistema Urinario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
J.	Parkinson, Alzheimer, Epilepsias, Convulsiones.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
K.	Anemia, Púrpura, Mieloma Múltiple, Otras Afecciones hematológicas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

L. Mononucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, VPH, Hepatitis, Meningitis, Otras Enfermedades Infecciosas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
M. Sangramiento Irregular, Fibromas Uterinos, Afecciones del Sistema Reproductor Femenino, pólipos, quistes de ovarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
N. Cualquier otra Patología, padecimiento o enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
O. Padece o ha padecido alguna enfermedad de la piel: celulitis, absceso cutáneo, quistes, tumores, dermatitis o cáncer, quemaduras o heridas complicadas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
P. Padece alguna enfermedad en ojos, nariz, garganta u oídos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Q. Ha padecido de intoxicación o envenenamiento ¿Alguna alergia o reacción de hipersensibilidad, edema de glotis o Anafilaxia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
R. Sospecha o ha sido diagnosticado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA

¿Autoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas?: Si No

Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular

Número de Cuenta Corriente	Nombre del Banco

Condiciones

- No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros, C.A., para el asegurado titular de la Póliza.
- Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos.
- Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.
- No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones.

INTERMEDIARIO (S) DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES

Yo _____, como Propuesto Asegurado, declaro que he leído cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros, C.A. sobre el riesgo a asegurar.

Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.

Convengo que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia en la fecha prevista, siempre que esta solicitud sea aceptada por Oceánica de Seguros, C.A. y autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o me asistan en el futuro, y relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

Así mismo, convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud.

Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica, información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos.

DECLARACIÓN JURADA

Yo _____, titular de la C.I. N° _____ en mi carácter de Tomador declaro bajo fe de juramento, que la información que doy en este documento es verídica, que no he presumido ninguna circunstancia, y que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita, y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades, acciones o hechos ilícitos contempladas en las leyes venezolanas vigentes en relación con esta materia.

Lugar: _____ Fecha: _____ de _____ de _____

FIRMAS DE CONFORMIDAD

Tomador Firma	Propuesto Asegurado Titular Firma
Nombre y Apellido	Nombre y Apellido
C.I. Nro./Pasaporte/R.I.F.	C.I. Nro./Pasaporte/R.I.F.
HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)	HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)

Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante.

C.N.E.	Seguro Social	Observaciones	
		Lugar	Fecha / /