

SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD

Datos del Tomador

Persona Natural Persona Jurídica

 Nombres y Apellidos / Razón Social:

 C.I. / Pasaporte / R.I.F.:

 Nacionalidad:

 Estado Civil:

 Sexo: M F

 Lugar y Fecha de Nacimiento:

 Edad:

 ¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta (PPE)? En caso afirmativo dar detalles: Si No

Dirección de Habitación:

 Estado:

 Ciudad:

 Municipio:

 Parroquia:

 Urbanización:

 Avenida:

 Calle:

 Zona Postal:

Tipo de Vivienda:

 Quinta

 Casa

 Torre

 Nombre Residencia:

 N° Apto / Casa:

 Tlf. 1:

 Tlf. 2:

 Correo:

 Ocupación:

 Profesión:

 Ingreso Anual (Moneda):

 Descripción de la Actividad Económica: Independiente Dependiente Societaria

 Actividad Económica: Comercial Profesional Industrial

 Si es comerciante, indicar ramo:

 Dirección de la Empresa donde Trabaja:

 Nombre de la Empresa donde Trabaja:

 Teléfono:

 Carácter bajo el cual contrata la Póliza:

Dirección de Cobro:

 Estado:

 Ciudad:

 Municipio:

 Parroquia:

 Urbanización:

 Avenida:

 Calle:

 Zona Postal:

 Tipo de Vivienda: Quinta Casa Torre

 Nombre de Residencia:

 N° Apto / Casa:

 Teléfono 1:

 Teléfono 2:

 Correo:

Datos del Tomador si es Persona Jurídica

 N° de Registro de la Empresa:

 Fecha de la Constitución:

 N° Tomo:

 Nombre del Registro Mercantil:

 Circunscripción Judicial:

 Naturaleza de la Empresa: Privada Pública

 Objeto o Razón Social:

 Acta Constitutiva y Estatutos Sociales:

 Ingreso Promedio Anual (Moneda):

 Si es comerciante, indicar ramo:

 Productos que ofrece:

 Utilidad del Ejercicio Económico inmediatamente anterior (Moneda):

 Patrimonio según el último estado de resultado o de ganancia y pérdida (Moneda):

Datos del Representante Legal del Tomador

 Nombres y Apellidos / Razón Social:

 C.I. / Pasaporte/R.I.F.:

 Actividad Económica:

 Si es comerciante, indicar ramo:

 Ocupación:

 Profesión:

 Ingreso Anual (Moneda):

Dirección:

 Estado:

 Ciudad:

 Municipio:

 Parroquia:

 Urbanización:

 Correo:

 Teléfono:

 Nombre de la Empresa donde Trabaja:

 Dirección de la Empresa donde Trabaja:

Datos del Propuesto Asegurado Titular

 Apellidos y Nombres:

 C.I. / Pasaporte/R.I.F.:

 Nacionalidad:

 Lugar y Fecha de Nacimiento:

 Sexo: M F

 Estado Civil:

 Estatura (cm.):

 Peso (Kg.):

 Actividad Deportiva:

Dirección de Habitación:

¿Es la misma dirección del TOMADOR?:

 SI

 NO , complete los datos:

 Estado:

 Ciudad:

 Municipio:

 Parroquia:

 Avenida:

 Calle:

Tipo de Vivienda:

 Quinta

 Casa

 Torre

 N° Apto / Casa:

 Nombre de Residencia:

 Tlf. 1:

 Tlf. 2:


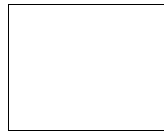
 Correo:

Dirección de la Empresa donde Trabaja:											
Estado:		Ciudad:		Municipio:		Parroquia:					
Urbanización:		Avenida:		Calle:		Zona Postal:					
Tipo de Local:	Quinta <input type="checkbox"/>	Torre <input type="checkbox"/>	Centro Empresarial/Comercial <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Nombre de Quinta/Torre:						
Tlf. 1:		Tlf. 2:		Correo:							
Profesión:				Ocupación:				Ingreso Anual (Moneda):			
Actividad Económica:				Si es comerciante, indicar ramo:							
Descripción de la Actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>											
Datos de la Póliza											
Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Inclusión <input type="checkbox"/>											
Vigencia del Seguro:	Desde:		Hasta:		Tipo de Póliza:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>					
Frecuencia de Pago:	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	Tipo de Moneda:									
Coberturas Solicitadas											
(El Tomador o el Asegurado no está obligado a contratar las coberturas opcionales)											
Coberturas						Suma Asegurada	Deducible				
Grupo Familiar a Asegurar											
N°	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	N° de Cédula	Sexo		Estado Civil	Parentesco	Ocupación	Peso (Kg)	Estatura (cm)	Maternidad
				M	F						
Asegurado Titular				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Titular				<input type="checkbox"/>
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Beneficiarios en Caso de Fallecimiento del Propuesto Asegurado Titular (en caso que no se indique, se asumirá por defecto sus Herederos Legales)											
N°	Apellidos y Nombres	Fecha de Nacimiento	N° de Cédula	Sexo		Parentesco	Número de Teléfono	% de Participación			
				M	F						
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
								100%			
Cuestionario (Complete el siguiente cuestionario en todas sus partes)								SI	NO		
1.	¿Se encuentra usted y su grupo familiar en buen estado de salud? En caso negativo especifique: ¿Quién?, indique la razón.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	¿Ha sufrido usted o alguna de las personas a incluir, algún accidente? En caso afirmativo, indique: ¿Quién?, secuelas y tratamiento aplicado							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	¿Utiliza usted o alguna de las personas a incluir, maquinaria pesada? Especifique: ¿Quién?, ¿cuáles? y frecuencia de uso.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir, con electricidad de alta tensión o materiales inflamables y/o explosivos? Especifique: ¿Quién?, ¿con qué fin? y frecuencia de uso.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir, encima de andamios, techo o edificios? Especifique: ¿Quién?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir, Patinetas, Motocicletas? Especifique: ¿Quién y cuál?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir, Embarcaciones? Especifique: ¿Quién?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir, Aeronaves? Especifique: ¿Quién? tipo y número de licencia							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	En caso de ser mujer, ¿está usted o alguna de las personas a incluir, Embarazada? Especifique: ¿Quién? y tiempo de gestación:							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.	¿Usted o alguna de las personas a incluir, consume o ha consumido drogas que formen hábito? Especifique: ¿Quién?, tipo, cantidad y frecuencia							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Cuestionario (Complete el siguiente cuestionario en todas sus partes)		SI	NO
11.	¿Usted o alguna de las personas a incluir, ingiere bebidas alcohólicas, fuma o dejó de fumar? Especifique: ¿Quién?, tipo, cantidad, frecuencia y/o tiempo transcurrido desde que dejó el hábito de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Practica usted o alguna de las personas a incluir, algún deporte o alguna actividad de alto riesgo? Especifique: ¿Quién?, cual deporte y frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Indique si usted o alguno de los familiares a incluir, padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades		
	a. Asma enfisema u otra afección del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Tensión arterial alta, angina de pecho, várices, infarto del miocardio u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis u otra afección del cerebro o del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Afecciones del estómago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice u otras de las vías digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Trastornos endocrinos o tiroideos o de las glándulas mamarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Albúmina o sangre en la orina u otra afección de las vías urinarias (riñones, vejiga, próstata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. Afección de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. Defectos físicos, mutilación, invalidez física o trastornos del desarrollo psíquico y somático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. Trastornos de la sangre, tumores, cáncer, SIDA, diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco (5) años, ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Alguno de sus familiares es una Persona Políticamente Expuesta (PPE)? En caso afirmativo, dar detalles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de respuestas positivas, por favor dar detalles con indicación del Solicitante:			

Datos del Intermediario de la Actividad Aseguradora			
Nombre	Código	% Participación	Firma

Autorizaciones del Propuesto Asegurado Titular			
Yo, _____, el Propuesto Asegurado Titular, autorizo a Seguros Venezuela, C.A. a realizar el cobro de la Prima por medio de domiciliación bancaria, en la siguiente cuenta (es opcional):			
Nombre del Banco:	N° de la Cuenta o Tarjeta de Crédito (a nombre del Propuesto Asegurado Titular)	Tipo de Cuenta	
En caso de Tarjeta de Crédito, indique:	Fecha de Vencimiento:	Tipo de Tarjeta:	
Deseo que el reembolso o cualquier pago, me sea efectuado mediante el Banco y Cuenta indicados para Cobro de Prima o a la siguiente cuenta (es opcional):			
Nombre del Banco:	N° de la Cuenta o Tarjeta de Crédito (a nombre del Propuesto Asegurado Titular)	Tipo de Cuenta	

Declaraciones del Propuesto Asegurado Titular	
Yo, _____, Titular de la cédula de identidad N° _____, el Propuesto Asegurado, declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, es enteramente conforme a la verdad y que no hemos hecho omisiones ni he ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo. Estoy informado que cualquier declaración falsa y reticencia de mala fe, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que Seguros Venezuela C.A. de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones. Mediante la presente autorizo a la compañía Seguros Venezuela C.A. a verificar la información suministrada en la presente solicitud o para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mi grupo asegurado.	
_____ Firma del Propuesto Asegurado Titular	 Huella Dactilar Pulgar Derecha o en su defecto, la de la izquierda
En la Ciudad de _____ a los _____ del mes _____ del año _____	
Yo, _____, Titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la Prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.	
En la Ciudad de _____ a los _____ del mes _____ del año _____	
_____ Firma del Tomador de la Póliza	 Huella Dactilar Pulgar Derecha o en su defecto, la de la izquierda

Esta solicitud formará parte integrante de la Póliza y Seguros Venezuela C.A. estará obligado a entregar una copia al Tomador, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos, si los hubiere, y demás documentos que formen parte del contrato de seguro. El Asegurado tendrá el derecho de solicitar a través de cualquier medio disponible el contrato de seguro masivo, individual o colectivo, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha en que el Asegurador o el Intermediario de la Actividad Aseguradora reciba la solicitud del Asegurado.

Av. Francisco de Miranda, Edif. Seguros Venezuela, Pisos 8 y 9, Urb. Campo Alegre, Caracas – Venezuela. Zona Postal 1060
 Telf.: (0212) 901.7111 informacion@segurosvenezuela.com 0501 SV INFORMA (0501-784 6367) / www.segurosvenezuela.com
 Seguros Venezuela, C.A. RIF: J-00034036-6 Compañía de Seguros inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N°24
 Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0627-2025 de fecha 16-07-2025