

Solicitud de Seguro Solidario Accidentes Personales

Datos del Propuesto Asegurado Titular - Tomador

Primer apellido: _____ Segundo apellido o de casada: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

C.I. / Pasaporte: _____

V E _____ Sexo: F M Estado civil: S C D V Otro: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Peso (kg): _____ Estatura(cm): _____ Zurdo: Sí No Deportes que practica: _____

Población asegurable (seleccionar sólo una): Adulto(a) mayor de 60 años Jubilado(a)

Pensionado(a) Con enfermedad física Con enfermedad mental Discapacitado(a)

Otro Especifique: _____

¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: Sí No Indique Monto: _____

Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo): _____

Descripción de la actividad: Empleado Socio Independiente

Profesión: _____ Oficio u ocupación: _____

¿Realiza trabajos manuales? Sí No Especifique: _____

Ingreso promedio anual esperado: _____

Dirección de habitación calle/Avenida: _____ Urbanización/Sector: _____ Casa/Edificio: _____

Piso: _____ Apto. N°: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono habitación: _____ Teléfono celular: _____
() ()

¿Realiza o piensa realizar algún deporte o actividad de alto riesgo? Sí No Especifique: _____

Dirección de correo electrónico personal: _____

Dirección de trabajo: _____ Ciudad: _____

Municipio: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono oficina: _____ FAX: _____
() ()

Dirección de correo electrónico laboral: _____

Si posee un contrato de accidentes personales con otra empresa, responda lo siguiente:

Empresa	N° Contrato	Monto de la Cobertura	Deducible	Tipo de Póliza		
				Individual	Colectiva	Solidaria
				<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"/>

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa? Sí No

Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____

Dirección de cobro: Habitación Oficina Otra Especifique: _____

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar

Banco	N° de Tarjeta	Tipo de Tarjeta	
		Visa	Master
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos del Representante Legal (en caso que lo amerite)

Apellidos y nombres: _____

C.I. / Pasaporte:

V E

Dirección de habitación/Calle/Avenida: _____

Urbanización/Sector: _____

Casa/Edificio: _____

Piso: Apartamento N°: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono de habitación:

Teléfono celular:

Teléfono de oficina:

() _____

() _____

() _____

FAX: _____

Dirección de correo electrónico: _____

() _____

Coberturas

Coberturas solicitadas	Suma Asegurada
Muerte accidental	
Invalidez permanente	
Gastos médicos	

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado - Titular

Nº	Apellidos y nombres	Nº C.I.	Parentesco	Fecha de nacimiento			% Participación
				dd	mm	aa	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
Total porcentaje de participación							100%(*)

(*) La sumatoria de los porcentajes de participación debe ser igual al 100%.

Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a **SEGUROS CARACAS, C.A.**, para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **SEGUROS CARACAS, C.A.**, para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro 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 o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

