

Solicitud de Seguro Colectivo Vida, Accidentes Personales y Hospitalización

Nueva
 Modificación
 Inclusión
 Exclusión

Datos del Asegurado					
Nombre del solicitante: _____			Certificado: _____		
Contratante: URBE FM		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 Suma aseguradas					
Amparo Global Bs. <input type="checkbox"/> 250.000					
Maternidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Bs. No aplica					
Familiares a incluir en la póliza de hospitalización					
Apellidos y Nombres	No. Cédula	Parentesco	Sexo	Fecha Nac.	Edo. Civil
Vida					
Suma asegurada: <input type="checkbox"/> Administrativo. 70.000 <input type="checkbox"/> Directivo 100.000					
Doble indemnización por muerte accidental: No aplica					
Incapacidad total y permanente: No aplica					
Gastos de entierro: No aplica					
Beneficiarios en caso de muerte					
Nombre y Apellidos	No. Cédula	Parentesco			%
Accidentes Personales					
Suma asegurada: <input type="checkbox"/> Administrativo. 150.000 <input type="checkbox"/> Directivo 200.000					
Beneficiarios en caso de muerte					
Nombre y Apellidos	No. Cédula	Parentesco			%

Indicar

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

Vida. _____ Vida. _____
 ¿Por qué cantidad? A.P. _____ ¿En qué compañía? A. P. _____
 H.C.M. _____ H.C.M. _____

2.- ¿Realiza Ud. o algunos 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 de 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 éste haga vida marital, está actualmente embarazada? Si No

¿Considere 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 la Póliza son verdaderos, así como también tener conocimiento de los términos y condiciones de la(s) Póliza(s), los cuales acepto tanto individualmente como en conjunto.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

 El Solicitante

C.I.: _____

“Inscrita en el Ministerio de Hacienda Bajo el No. 51”
 Aprobado por la Superintendencia de Seguros, según oficio No. 07649 de fecha 28-12-90

DECLARACIÓN DE FE

Yo, _____

Venezolano Extranjero, C.I./Pasaporte No. _____

Contratante Asegurado Beneficiario de la póliza de seguros de

HC EXCESO, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES No. NO APLICA, declaro que

el dinero utilizado para el pago de la prima, de la póliza arriba descrita, proviene de una

fuentes lícitas y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes,

haber, valores o títulos producto de actividades o acciones a las que se refiere el

Artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Es declaración que se hace en _____ a los _____ días

del mes de _____ de _____.