

## SOLICITUD DE SEGURO DE PERSONAS

### PÓLIZAS SOLICITADAS

VIDA  AP  HCM  FUNERARIO

TIPO  INDIVIDUAL  COLECTIVA

### DATOS DEL CONTRATANTE TOMADOR

#### PERSONA NATURAL/ PERSONA JURIDICA

Apellidos y Nombres / Razón Social:		C.I. / Pasaporte	
Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental		Profesión o Actividad Económica:	Lugar y Fecha de Nacimiento:
Nro. Registro:		Representante Legal(Nombre y Apellido)	C.I.:

#### DIRECCION DE HABITACION(PERSONA NATURAL)/DIRECCION DE EMPRESA(PERSONA JURIDICA)

País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Av./ Calle / Transversal:		Centro Comercial/ Local/Edif./Casa:	Piso:
Ofic./Apto.:			
Teléfono 1 (Cód.-Nro.)	Teléfono 2 (Cód.-Nro.)	Teléfono 3 (Cód.-Nro.)	Fax (Cód. – Nro.)
Teléfono Celular		Zona Postal	

Email:

### DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

C.I./ Pasaporte	Rif:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Apellidos:		Nombres:		
Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad	Estado Civil	
			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	
Profesión	Ocupación	Ingreso Anual	Estatura	Peso

#### DIRECCION DE HABITACION

País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Av./ Calle/ Transversal:		Centro Comercial/ Local/ Edif. /Casa:	Piso:
Ofic./Apto.:			
Telefono1 (Cod.-Nro.)	Telefono2 (Cod.-Nro.)	Telefono3 (Cod.-Nro.)	Fax (Cód. – Nro.)
Teléfono Celular		Zona Postal	

UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A., identificada con el Registro de Información Fiscal bajo el N° J-30081917-5, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 111, mediante Providencia N° 33/93-381, de fecha 29 de octubre de 1993, publicada en Gaceta Oficial N° 35.343 de fecha 19 de noviembre de 1993, e inscrita ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Estado Carabobo, en fecha 18 de agosto de 1992, bajo el N° 7, Tomo 14-A, modificados sus estatutos en diversas oportunidades, así como la totalidad de su cuerpo estatutario ante la citada oficina de registro en fecha 16 de julio de 2013, bajo el N° 15, Tomo 90-A 314

**DATOS DEL GRUPO ASEGURABLE(DEPENDIENTES)**

Nro.	Apellidos y Nombres	C.I. Nro.	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo	Peso	Estatura	Ocupación

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR(APLICA PARA TODOS LOS RAMOS)**

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% de Participación
				100%

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS POR PÓLIZAS****SALUD**

Descripción	Suma Asegurada(Bs.)	Deducible
Plan Básico		
Cobertura Maternidad		
Plan Exceso		

**VIDA(Solo Asegurado Titular)**

Descripción	Suma Asegurada(Bs.)
Muerte	

**GASTOS FUNERARIOS**

Suma Asegurada (Bs.)	
----------------------	--

**ACCIDENTES PERSONALES (Solo asegurado Titular)**

Descripción	Suma Asegurada(Bs.)
Muerte Accidental	
Incapacidad Permanente	
Incapacidad Temporal	
Gastos Médicos y Farmacia	
Gastos de Entierro	
Gastos por Comunicación, traslado y Auxilio.	
Gastos de Repatriación	
Incremento de Cobertura por fallecimiento conjunto	

UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A., identificada con el Registro de Información Fiscal bajo el N° J-30081917-5, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 111, mediante Providencia N° 33/93-381, de fecha 29 de octubre de 1993, publicada en Gaceta Oficial N° 35.343 de fecha 19 de noviembre de 1993, e inscrita ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Estado Carabobo, en fecha 18 de agosto de 1992, bajo el N° 7, Tomo 14-A, modificados sus estatutos en diversas oportunidades, así como la totalidad de su cuerpo estatutario ante la citada oficina de registro en fecha 16 de julio de 2013, bajo el N° 15, Tomo 90-A 314

F-RG-PER-001

**DECLARACION DE SALUD: Responda Si o No, tomando en cuanto al Titular y al Grupo Asegurable. Las respuestas afirmativas puntualícelas en la sección siguiente DETALLES DEL ESTADO DE SALUD.**

	SI	NO
1. ¿Se encuentra Usted y las personas a asegurar actualmente en buen estado de salud?		
2. ¿Se encuentra en estado de gravidez alguna de las mujeres del Grupo a Asegurar?		
3. ¿Practica Usted o algunos de los Dependientes por incluir algún deporte o Actividad Peligrosa?		
4. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba del SIDA?		
5. ¿Han sido Intervenidos quirúrgicamente alguna vez?		
6. ¿Han sido pacientes o han estado en observación el algún centro de salud?		
7. ¿Se han practicado algún chequeo y/o consulta médica por enfermedad en los últimos Tres (3) años? Indique resultados.		
8. ¿Han sufrido o sufren Enfermedades del Sistema digestivo (Gastritis, úlcera, trastornos hepáticos, vesícula biliar, litiasis, colon, recto u otras)?		
9. ¿Han sufrido o sufren Enfermedades Respiratorias (Tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria, neumonía, pleuresía u otras)?		
10. ¿Han sufrido o sufren Enfermedades de la Piel, ojos, oídos, nariz y garganta, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, amigdalitis, rinitis u otras?		
11. ¿Han padecido o padecen de enfermedades venéreas, infecciosas o parasitarias como paludismo, disentería, mal de chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharzia?		
12. ¿Han padecido o padecen de enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, infarto al miocardio, arritmia cardíaca, palpitaciones, angina de pecho, fiebre reumática, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis, várices?		
13. ¿Han padecido o padecen de Enfermedades endocrinas: diabetes, obesidad, bocio, tiroides, alteraciones del colesterol y triglicéridos?		
14. ¿Han padecido o padecen de enfermedades neurológicas, tales como tumores, aneurismas, convulsiones, parálisis, epilepsia, retardo o trastorno mental, mareos, polineuropatías, vértigos, trastornos del desarrollo psíquico y/o somático?		
15. ¿Han padecido o padecen de enfermedades del sistema urinario: cálculos u otras afecciones renales, infecciones urinarias, vejiga, próstata, varicocele, fimosis, para fimosis, albúmina, sangre, pus?		
16. ¿Han padecido o padecen de Enfermedades Hematológicas?		
17. ¿Han padecido o padecen de enfermedades osteomusculares: artritis, reumatismo, neuritis, ciática, gota, hernias discales, desviación columna vertebral, afecciones de articulaciones, trastornos de ligamentos de rodillas y meniscos?		
18. ¿Las mujeres a ser incluidas en el Grupo Asegurable han padecido o padecen de enfermedades relacionadas con glándulas mamarias, fibroma de útero, sangramiento genital, prolapso genital, incontinencia urinaria, afecciones de trompas y ovarios, pólipos endometriales, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos endometriales, osteoporosis, alteración de la menstruación, alteraciones en embarazos?		
19. ¿Han estado en un hospital, clínica, sanatorios, casa de reposo para descanso, tratamiento observación o diagnóstico?		
20. ¿Han tenido algún cambio de peso, fiebre inexplicable o transfusiones sanguíneas en los últimos años?		
21. ¿Consume: Alcohol, tabaco, cigarrillo o cualquier otra droga adictiva?		

**DATOS DOMICILIACION BANCARIA**

Nombre de la Institución Bancaria	Nro. de la Cuenta:	Tipo de Cuenta:

**DETALLES DEL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO TITULAR Y GRUPO ASEGURABLE: En caso de Responder afirmativamente alguna pregunta de la sección anterior, debe dar detalles respecto a : causa, fecha de inicio, duración, tratamiento efectuado, nombre del médico, clínica y estado actual de salud**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DECLARACION Y AUTORIZACION**

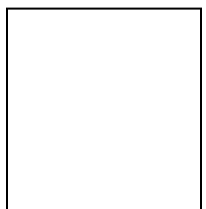
Declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mi proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de Universal de Seguros, C.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado.

Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en la póliza a emitir. Autorizo a cualquier médico que me haya examinado a mí o a mis familiares, para que proporcione a Universal de Seguros, C.A., toda la información que esta requiera; igualmente autorizo a la Compañía a realizarnos un reconocimiento médico, en caso de considerarlo necesario, para obtener información más completa del estado de salud de las personas a ser incluidas en la póliza y poder efectuar una mejor evaluación del riesgo.

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza cuya suscripción en este acto solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales Y Financiamiento del Terrorismo, previstos en la normativa venezolana vigente en la materia.

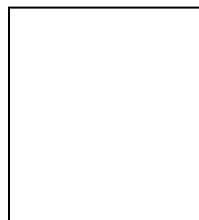
Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma y Sello  
Contratante/Tomador  
Rif:



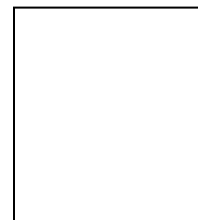
Huella Dactilar

Firma Asegurado Titular  
C.I.:  
Rif:



Huella Dactilar

Firma Intermediario  
C.I.:  
Código:



Huella Dactilar

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SSA-1-1-10520-2014 de fecha 26 de Noviembre de 2.014.