

SOLICITUD DE SEGURO

ACCIDENTES PERSONALES

DATOS DEL TOMADOR / SOLICITANTE			
Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):		Apellido (s):	N° C.I., Pasaporte o R.I.F (Si es Persona Jurídica):
Fecha y Lugar de Nacimiento:		Sexo :	Estado Civil:
Actividad Económica:	Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación	Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:			
Profesión u Oficio:			
Ingreso Anual:	Hasta 25.200 Bs <input type="checkbox"/>	Entre 55.000 Bs a 110.000 Bs <input type="checkbox"/>	Mayor a 155.000 Bs <input type="checkbox"/>
	Entre 25.200 Bs a 55.000 Bs. <input type="checkbox"/>	Entre 110.000 Bs a 155.000 Bs <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre(s) :		Apellido (s):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:
DATOS DEL ASEGURADO (SI EL ASEGURADO ES EL MISMO QUE EL TOMADOR, NO SERÁ NECESARIO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS, POR FAVOR CONTINUAR CON LOS DATOS DEL SEGURO)			
Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):		Apellido (s):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:
Fecha y Lugar de Nacimiento:		Sexo :	Estado Civil:
Actividad Económica:	Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación	Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:			
Profesión u Oficio:			
Ingreso Anual:	Hasta 25.200 Bs <input type="checkbox"/>	Entre 55.000 Bs a 110.000 Bs <input type="checkbox"/>	Mayor a 155.000 Bs <input type="checkbox"/>
	Entre 25.200 Bs a 55.000 Bs. <input type="checkbox"/>	Entre 110.000 Bs a 155.000 Bs <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL																											
Nombre(s) :				Apellido (s):				C.I., Pasaporte o R.I.F N°:																			
DATOS DEL SEGURO																											
DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN (marque con "x" solo una opción para cada pregunta)																											
La mayor parte del tiempo su ocupación la realiza utilizando:										Intelecto <input type="checkbox"/>		Fuerza <input type="checkbox"/>															
¿Su ocupación se realiza en un sitio cerrado, de paredes, con estructuras fuertes o lugar fijo?										SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>															
¿Su ocupación se realiza en la calle, en lugares abiertos o en un lugar no fijo?										SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>															
¿Utiliza para ejercer su ocupación algún tipo de herramienta, arma, materiales peligrosos, equipos o vehículos?										SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>															
Indique cual es la mano que utiliza con mayor destreza										DERECHA <input type="checkbox"/>		IZQUIERDA <input type="checkbox"/>															
DEPORTES O AFICIONES																											
¿Practica algún deporte?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique:		Profesional <input type="checkbox"/>		Aficionado <input type="checkbox"/>		Cuáles:																	
¿Tiene licencia como piloto?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique:		¿De qué clase?		Horas de vuelo:																			
Tiene usted intención de participar en vuelos aéreos como:										Piloto <input type="checkbox"/>		Tripulante <input type="checkbox"/>															
COBERTURAS																											
BASICAS																											
Nombre de la Cobertura				Suma Asegurada				Nombre de la Cobertura				Suma Asegurada															
MUERTE ACCIDENTAL								GASTOS MÉDICOS																			
INVALIDEZ PERMANENTE								SERVICIO DE ASISTENCIA EN VIAJE				según servicio															
OPCIONALES (EI TOMADOR no esta obligado a contratar estas Coberturas)																											
Nombre de la Cobertura				Suma Asegurada				Nombre de la Cobertura				Suma Asegurada															
INCAPACIDAD TEMPORAL																											
RESTRINGIDA (marque con una "X" si desea restringir la Cobertura de la Póliza a alguna de estas opciones)																											
ACCIDENTES SOLO EN HORAS LABORALES						ACCIDENTES DURANTE LA VIDA PRIVADA																					
FORMAS DE PAGO																											
Anual <input type="checkbox"/>			Mensual <input type="checkbox"/>			Trimestral <input type="checkbox"/>			Semestral <input type="checkbox"/>			Financiamiento <input type="checkbox"/>															
DEPENDIENTES (Solo rellenar este cuadro si seleccionó la Cobertura Opcional de ANEXO FAMILIAR)																											
LOS NÚMEROS DE PREGUNTAS DEL CUADRO DECLARACIÓN DE "OCUPACIÓN" Y "DEPORTES o AFINES" CORRESPONDEN A LOS SEÑALADOS EN EL BLOQUE " DATOS DEL SEGURO"										DECLARACIÓN DE																	
																				Ocupación				Deportes o Afines			
										1		2		3		4		5		6		7		8			
Nombres y Apellidos		Cédula Identidad		F.Nacimiento		I	F	Si/no	Si/no	Si/no	D	I	Si/no	P	A	Si/no	P	T									
NOTA : 1. (I = Intelecto, F= Fuerza) ; 5. (D= Derecha; I= Izquierda); 6. (P= Profesional; A= Aficionado); 8. (P = Piloto; T = Tripulante)																											
DECLARACIÓN DE SALUD																											
Estatura:		Peso:		Tensión Arterial:				Máxima:		Mínima:																	
¿Usted Fuma?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Desde cuándo fuma?:				¿Cuántos cigarrillos al día?:																					
¿Usted Fumó?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Desde cuándo dejó de fumar?:				¿Por cuánto tiempo fumó?:																					
¿Consumo bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de bebida:				Indique cantidad y frecuencia:																					
¿Ha usado algún tipo de droga? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de droga:				Indique cantidad y frecuencia:																					
¿Se ha realizado algún examen para la determinación del virus del SIDA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Resultado: Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>																											
En caso de ser del sexo femenino ¿Está embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										Indique tiempo de gestación:																	
¿Sufre o ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?																											
Epilepsia, mareos o cualquier trastorno psíquico o del sistema nervioso.												SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>														
Asma, bronquitis, pleuresía, neumonía, tuberculosis o cualquier otra afección pulmonar.												SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>														
Dolor precordial, presión arterial elevada, palpitaciones, dificultad de la respiración, apoplejía o cualquier trastorno												SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>														

del corazón o de la circulación.		
Diabetes o cualquier afección renal, hepática, de la vejiga o del sistema urinario.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fiebre reumática, artritis, gota u otra enfermedad de los huesos o de las articulaciones.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Crecimiento ganglionar o cualquier tipo de cáncer, tumor o afección sanguínea.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fiebre persistente o recurrente sin explicación alguna, pérdida de peso o cualquier trastorno cutáneo.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades venéreas o ha solicitado alguna consulta médica, tratamiento o prueba de sangre en relación con una afección vírica.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cualquier enfermedad o trastorno de los ojos, oídos, nariz, garganta o boca.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Una enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada anteriormente.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En caso de ser afirmativa alguna de las preguntas anteriores indique los detalles, incluyendo fechas, duración, datos sobre el médico y centro de atención, así como grado de recuperación:

Adicionalmente indique los detalles en caso de ser afirmativo

¿Sigue actualmente cualquier tipo de medicación?	
¿Ha recibido alguna vez un tratamiento basado en homoderivados?	
¿Se ha practicado alguna vez una transfusión de sangre?	
¿Ha sido operado alguna vez?	
¿Ha muerto o padecido alguien de su familia de una enfermedad del corazón, diabetes, apoplejía, cáncer, tuberculosis o transfusión de sangre?	

DECLARACIÓN JURADA

Mediante la firma de la presente solicitud, el Propuesto Asegurado, en caso de contratar la póliza de Vida declara que: a la fecha me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física o funcional no se encuentra reducida. No padezco, ni he padecido de las siguientes enfermedades: Cáncer, HIV-Sida, Cardiovasculares, Neurológicas, Insuficiencia Renal, Psiquiátricas, Pulmonares, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes y Tumores, que afecten mi estado de salud actual. En los últimos dos (2) años no he sido sometido(a), ni me han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades descritas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ella en forma causal o consecencial. No poseo adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Mis actividades y ocupaciones son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.

De igual forma, el Propuesto Asegurado autoriza a los médicos, clínicas e instituciones de salud para suministrar a Zurich Seguros S.A. en el momento que lo requiera todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento.

Ante cualquier falta de veracidad en las declaraciones anteriores, se aplicará lo dispuesto en el numeral denominado "Declaraciones Falsas en la Solicitud de Seguros" de la Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Propuesto Asegurado deberá abstenerse de firmar esta solicitud en el caso de no cumplirse cualesquiera de las declaraciones indicadas anteriormente.

Declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

DATOS COMPLEMENTARIOS

¿Está asegurado en otras compañías de Seguros?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique:			
Nombre(s) de la Compañía(s):						
¿Posee Pólizas de Accidentes Personales o Vida?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Vida	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique:
Sumas Aseguradas (para cada una)						
¿Ha reclamado indemnización por accidente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique:			

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% de Distribución

Firmo en total conformidad con todo lo anteriormente expuesto

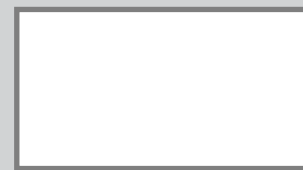
Se firma en: _____

Fecha: / /

Tomador

Propuesto Asegurado

Intermediario Designado
por el Tomador



Huella dactilar del pulgar de la mano derecha, o en su defecto mano izquierda del Tomador y Propuesto Asegurado