

Licenciado (a) _____

No DE CÉDULA. _____ No de L.A.C. _____

SEGUROS LA VITALICIA, C.A.,Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para las Finanzas bajo el N° 119
(R.I.F.) N° J-31020536-1

RIF: J-31020536-1

SOLICITUD DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD**Datos de EL TOMADOR****Datos de Identificación: Persona natural**

Apellidos y Nombres Colegio de Licenciados en Administración del Distrito Capital (C.L.A.D.C.)		
Nacionalidad: -----	N° CI/N° Pasaporte: -----	RIF: J-30650574-1
Sexo: F --- M -----	Estado civil: -----	Fecha de nacimiento: -----
Profesión: Lcdo(a) en Administración	Ocupación: Administradores	Actividad comercial: -----
Indicar si su ocupación o actividad comercial la realiza como profesional independiente, socio o empleado: -----		
Ingreso anual Bs. -----		

Dirección de habitación

Estado: Distrito Capital	Municipio: Libertador	Parroquia: El Recreo	Ciudad: Caracas
Urb: Los Caobos	Av./Calle/Transv.: Av Andrés Eloy Blanco		
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: Edf. Cámara de Comercio	Piso No./Nivel: 02	Apto: 01	
Teléfono: 0212-793.40.91	Cel: 0212-914.12.16	Telf. Ofc: n/a	
Correo electrónico: atencioncorredorespyp@gmail.com			
Vivienda: Propia -- Alquilada --- Otra -----		Tipo: Apartamento -- Quinta --- Casa -- Otra -----	

Dirección de oficina

Estado: -----	Municipio: -----	Parroquia: -----	Ciudad: -----
Urb: -----	Av./Calle/Transv.: -----		
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	Piso No./Nivel: -----	Apto: -----	
Teléfono: -----	Cel.: -----	Telf. Ofc: -----	
Correo electrónico: -----			

Dirección de cobro

Estado: -----	Municipio: -----	Parroquia: -----	Ciudad: -----
Urb: -----	Av./Calle/Transv.: -----		
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	Piso No./Nivel: -----	Apto: -----	
Teléfono: -----	Cel.: -----	Telf. Ofc: -----	
Correo electrónico: -----			

Datos de Identificación: Persona jurídica

Tipo de Persona: -----	Privada -----	Pública -----	RIF: -----
Denominación de la Razón Social: -----			
Siglas/Nombre Comercial: -----			
Fecha de constitución: -----	No. de registro: -----	Tomo No: -----	
Actividad Comercial: -----			
Industrial	Comercial	Gubernamental	Otra especifique: -----
Patrimonio Bs. -----			

Dirección de cobro

Dirección Empresa: -- Dirección de Oficina ----- Otra, llene los siguientes datos -----			
Estado: -----	Municipio: -----	Parroquia: -----	Ciudad: -----
Urb: -----	Av./Calle/Transv.: -----		
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	Piso No./Nivel: -----	Apto: -----	
Teléfono: -----	Cel.: -----	Telf. Ofc: -----	
Correo electrónico: -----			

DATOS DEL CONTACTO: Sólo Persona Jurídica

Contacto: Persona natural a través de la cual la Persona Jurídica-Tomador se relaciona con EL ASEGURADO			
Apellidos y Nombres/Razón Social: -----			
Nacionalidad: -----	N° CI/N° Pasaporte: -----	RIF: -----	

Dirección de oficina

NOTAS ADICIONALES DEL CORRETAJE (SOLO PARA SER LLENADO POR EL CORRETEJE)

_1) _____ 2) _____

Estado: -----	Municipio: -----	Parroquia: -----	Ciudad: -----
Urb: -----	-----	Av./Calle/Transv.: -----	-----
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	-----	Piso No./Nivel: -----	Apto: -----
Teléfono: -----	Cel: -----	Telf. Ofc: -----	-----
Correo electrónico: -----			

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres/Razón Social:		
Nacionalidad:	Nº CI/Nº Pasaporte:	RIF:
Sexo: F M	Estado civil:	Fecha de nacimiento:
Profesión:	Ocupación:	Actividad comercial:

Indicar si su ocupación o actividad comercial la realiza como profesional independiente, socio o empleado:

Ingreso anual Bs.

Dirección de habitación

Estado:	Municipio:	Parroquia:	Ciudad:
Urb: -----	-----	Av./Calle/Transv.: -----	-----
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	-----	Piso No./Nivel: -----	Apto: -----
Teléfono: -----	Cel: -----	Telf. Ofc: -----	-----

Correo electrónico:	Vivienda: Propia Alquilada Otra	Tipo: Apartamento Quinta Casa Otra
---------------------	---------------------------------	------------------------------------

Dirección de oficina

Estado:	Municipio:	Parroquia:	Ciudad:
Urb: -----	-----	Av./Calle/Transv.: -----	-----
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	-----	Piso No./Nivel: -----	Apto: -----
Teléfono: -----	Cel.: -----	Telf. Ofc: -----	-----

Dirección de cobro

País: -----	Estado: -----	Ciudad: -----
Urb: -----	-----	Av./Calle/Transv.: -----
CC./Edif./Torre/Casa/Quinta/Local: -----	-----	Piso No./Nivel: -----
Teléfono: -----	Cel.: -----	Telf. Ofc: -----

Correo electrónico: -----			
---------------------------	--	--	--

DATOS DE LA PÓLIZA

No. de solicitud	No. de cotización	No. de Nota Cobertura Provisional
-----	-----	-----
Vigencia del Seguro		Forma de pago de la prima:
Desde: 12 m	Hasta: 12 m 15/07/2015	Mensual Trimestral Semestral Anual

COBERTURAS SOLICITADAS

Cobertura	Suma asegurada	Deducible
Hospitalización y Cirugía	según Convenio CLADCO	FECLAVE LA VITALICIA
Maternidad	FAVOR INDICAR SI DE SEA MATERNIDAD (SI/NO) _____	

DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA PÓLIZA

Nº Asegurado	Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I./ Pasaporte	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Estatura (cm)	Peso (kg)	Profesión u ocupación

DECLARACIÓN DE SALUD

Indique si usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en la póliza:	SI	NO
1. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?		
2. ¿Se le ha prescrito algún examen, hospitalización o intervención quirúrgica, tratamiento o consulta médica que no se haya efectuado hasta la fecha?		
3. ¿Ha estado en algún hospital, casa de reposo, clínica, sanatorio o en consulta con médico general, internista o especialista en los últimos dos (2) años?		
4. ¿Le han practicado exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, electrocardiograma de reposo o de esfuerzo o de análisis de laboratorio en los últimos dos (2) años?		
5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas o fuma?		
6. ¿Se ha practicado exploraciones para pesquisas, diagnósticos o ha sido tratado por cáncer, tumores o fibromas?		
7. ¿Ha sufrido algún accidente que le haya dejado mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?		
8. ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o alteración de la salud?		
9. ¿Se encuentra en estado de gravidez? (De ser afirmativo indique cuántos meses)		

Si alguna de las preguntas fue contestada afirmativamente, especifique los siguientes datos:

Nº Asegurado	Nº Pregunta	Diagnostico	Fecha	Duración (meses)	Tratamiento	Nombre del medico	Nombre de la institución hospitalaria

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 La Vitalicia para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta de La Empresa de Seguros a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Autorizo a **Seguros La Vitalicia** para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; 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 la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y La Empresa de Seguros estará obligada a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

CLADC
Huella dactilar del pulgar del Tomador

Favor indicar: Desea o no contratar Maternidad (si/no) ? _____

Nota: Solo se cubren enfermedades pre-existentes si son declaradas (Sujetas a plazos de espera)

Tomador/ Propuesto Asegurado Titular
Firma
CI o RIF

Representante legal (en caso que lo amerite)
Firma
CI o RIF

DANIEL PAREDES
Intermediario de Seguros
Firma 1884
Código

NOTAS ADICIONALES DEL CORRETAJE
