



COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA – MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACION Y FINANZAS BAJO EL N° 118 – R.I.F. J-30668450-6. AV. FR ANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE SEGUROS QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO CAPITAL. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL SEGUNDO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 4 DE ENERO DE 2000, BAJO EL N°25, TOMO 1-A-SGDO.

SOLICITUD DE SEGURO DE PERSONAS

Tipo de Póliza		Tipo de Seguro a Contratar									
Individual <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>	Accidentes Personales <input type="checkbox"/>					Servicios Funerarios <input type="checkbox"/>				
Fecha de Solicitud / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A	
Oficina	N° Certificado	Emisión <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>	Inclusión <input type="checkbox"/>							

A.- DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL			
1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} Nombre
C.I. N° Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Profesión u Ocupación	Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo		Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>
Dirección de Cobro			
Estado	Ciudad	Municipio	E-mail
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Teléfono Celular	Ingreso Promedio Anual (Bs)

PERSONA JURÍDICA			
Nombre ó Razón Social (indicar siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____		
N° R.I.F.	Actividad Económica. Especifique Ramo:	Ingreso Promedio Anual (Bs)	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Estado	Ciudad	Municipio	Zona Postal
E-mail	Teléfono Oficina	Teléfono Celular	Fax

B.- DATOS DEL REPRESENTANTE DEL TOMADOR – PERSONA JURÍDICA

1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} Nombre
C.I. N° Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Profesión u Ocupación/Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo	Empleado <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de Habitación:			
Dirección de Oficina			
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Teléfono Celular	Ingreso Promedio Anual (Bs)

C.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

1 ^{er} Apellido		2 ^{do} Apellido o de Casada		1 ^{er} Nombre		2 ^{do} Nombre	
C.I. N° Pasaporte		Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad		Estado Civil	
Estatura (Mt)	Peso (Kg)	Es Zurdo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Profesión		Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique ramo		
Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		Ingreso Promedio Anual (Bs)		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación							
Estado		Ciudad			Municipio		
Dirección de Oficina							
Estado		Ciudad			Municipio		
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular		E-mail	

D.- PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Autorizo a depositar en la cuenta: Corriente Ahorro Nro. _____
 Perteneciente a: _____ Titular de la C.I.: _____
 Del Banco: _____ el importe correspondiente al pago de cualquier siniestro.

E.- ASEGURADOS A INCLUIR

N°	Apellidos y Nombres	C.I. N° Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Estatura (Mt)	Peso (Kg)	Zurdo Si/No	Parentesco	Ocupación
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

F.- COBERTURAS SOLICITADAS**Accidentes Personales**

Coberturas	Suma Asegurada Bs.
Muerte Accidental	
Invalidez Permanente	
Gastos Médicos y Farmacéuticos	
Incapacidad Temporal	
Gastos por Comunicación, Traslado y Auxilio por Accidente	
Gastos por Repatriación	
Gastos de Entierro	

Servicios Funerarios

Coberturas	Suma Asegurada Bs.
Muerte por Cualquier Causa	

Forma de Pago:

Anual Semestral Trimestral

G.- BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR					
Nº	Apellidos y Nombres	C.I. N° Pasaporte	Parentesco	% Participación	
1					
2					
3					
4					
H.- OTROS SEGUROS VIGENTES SOBRE LOS MISMOS RIESGOS					
Empresa de Seguros		Monto Asegurado Bs.	N° de Póliza	Vigencia	
I.- COMPLETE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO EN TODAS SUS PARTES				SI	NO
1.	¿Se encuentra usted y su grupo familiar en buen estado de salud? En caso negativo especifique: Quién?, indique la razón.				
2.	¿Ha sufrido usted o alguna de las personas a incluir algún accidente? En caso afirmativo indique: Quién?, secuelas y tratamiento aplicado.				
3.	¿Utiliza usted o alguna de las personas a incluir maquinaria pesada? Especifique: Quién?, cuáles? y frecuencia de uso.				
4.	¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir con electricidad de alta tensión o materiales inflamables y/o explosivos? Especifique: Quién? con qué fin? y frecuencia de uso.				
5.	¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir encima de andamios, techo o edificios? Especifique: Quién?				
6.	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir Patinetas, Motocicletas o Automóviles? Especifique: Quién y cuál?				
7.	¿Utiliza usted o alguna de las personas a incluir embarcaciones? Especifique: Quién?				
8.	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir aeronaves? Especifique: Quién?, tipo, numero de licencia.				
9.	En caso de ser mujer: ¿Está usted o alguna de las personas a incluir embarazada?, Especifique: Quién? y tiempo de gestación.				
10.	¿Usted o alguna de las personas a incluir consume o ha consumido drogas que formen hábito? Especifique: Quién?, tipo, cantidad y frecuencia.				
11.	¿Usted o alguna de las personas a incluir ingiere bebidas alcohólicas, fuma o dejo de fumar ? Especifique: Quién?, tipo, cantidad, frecuencia y/o tiempo transcurrido desde que dejó el hábito de fumar.				
12.	¿Practica usted o alguna de las personas a incluir algún deporte o alguna actividad de alto riesgo? Especifique: Quién y cuál?				
13.	Por favor indique si usted o alguno de los familiares a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:				
	a) Asma, enfisema u otra afección del sistema respiratorio.				
	b) Tensión arterial alta, angina de pecho, várices, infarto del miocardio u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio.				
	c) Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis u otra afección del cerebro o del sistema nervioso.				
	d) Afecciones del estómago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice u otras de las vías digestivas.				
	e) Trastornos endocrinos o tiroideos o de las glándulas mamarias.				
	f) Albúmina o sangre en la orina u otra afección de las vías urinarias (riñones, vejiga, próstata). Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas.				
	g) Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias.				
	h) Defectos físicos, mutilación, invalidez física o trastornos del desarrollo psíquico y somático.				
	i) Trastornos en la sangre, tumores, cáncer, SIDA, diabetes.				
	j) Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad.				
14.	Adicionalmente a las enfermedades mencionadas anteriormente, alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco años:				
	a) Ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad.				
	b) Ha padecido alguna enfermedad por la cual no haya recibido atención médica.				
	c) Ha sido examinado por un médico.				
	d) Le han recomendado practicarse alguna intervención que esté pendiente de ejecutarse.				
	e) Le han practicado exámenes especiales de diagnostico, radiografías, electrocardiogramas o análisis de laboratorio.				

En caso de respuesta positiva a una o mas preguntas, por favor dar detalles completos.

Yo, _____, C.I. _____, **Propuesto Asegurado** hago constar que la información que he suministrado es veraz y completa, pues he indicado todos los hechos y circunstancias que influyen, indican, o pueden modificar la aprobación del nivel de riesgo. Asimismo autorizo a los médicos, clínicas e instituciones de salud para suministrar a Seguros Qualitas C.A., en el momento que lo requiera todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

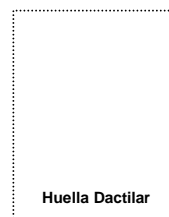
Yo, _____, C.I./RIF _____, **El Tomador de la Póliza**, Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades o acciones derivadas de operaciones 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.

Ciudad y Fecha

Firma del Tomador



Firma del Asegurado Titular



Nombre del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

Código

Para ser llenado por el tomador (en caso de Póliza Colectiva)

Plan:	<input type="text"/>	Clase de Riesgo:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>	Filial:	<input type="text"/>
Fecha Ingreso a la Empresa:	<input type="text"/>	Código Empleado:	<input type="text"/>