



# Solicitud de Seguro Solidario Accidentes Personales

Nº DE PÓLIZA:

## DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

|   |       |   |               |
|---|-------|---|---------------|
| <b>Primer apellido:</b>   |       | <b>Segundo apellido o de casada:</b>  |               |
| <b>Primer nombre:</b>   |       | <b>Segundo nombre:</b>  |               |
| Nº de cédula de identidad /Pasaporte:<br><input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E  |       | Sexo:<br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |               |
| Estado civil:<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro: |       |   |               |
| Fecha de nacimiento   | Edad: | Lugar de nacimiento:  | Nacionalidad: |

|            |                |   |                        |
|------------|----------------|---|------------------------|
| Peso (kg): | Estatura (cm): | Zurdo:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Deportes que practica: |
|------------|----------------|---|------------------------|

Población asegurable (seleccionar sólo una):  Jubilado(a)  Pensionado(a)  Adulto(a) mayor de 60 años  
 Discapacitado(a)  Con enfermedad física  Con enfermedad mental  Otro, Especifique:

¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?  Si  No Indique Monto:

Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):

Descripción de la actividad:  Empleado  Socio  Independiente

|            |                     |
|------------|---------------------|
| Profesión: | Oficio u ocupación: |
|------------|---------------------|

¿Realiza trabajos manuales?  Si  No Especifique:

Ingreso promedio anual esperado:

Dirección de habitación calle/Avenida:

Urbanización/Sector:

Casa/Edificio:

Piso:

Apartamento Nº:

Ciudad:

Municipio:

Estado:

Código postal:

Teléfono habitación:  
( )

Teléfono celular:  
( )

¿Realiza o piensa realizar algún deporte o actividad de alto riesgo?  
 Si  No ; Especifique:

Dirección de correo electrónico personal:

Dirección de trabajo:

Ciudad:

Municipio:

Estado:

Código postal:

Teléfono oficina:  
( )

FAX:  
( )

Dirección de correo electrónico laboral:

Si posee un contrato de accidentes personales con otra empresa, responda lo siguiente:

| Empresa: | Nº contrato: | Monto de la cobertura: | Deducible: | Tipo de póliza:   |
|----------|--------------|------------------------|------------|---|
|          |              |                        |            | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria |
|          |              |                        |            | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria |
|          |              |                        |            | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria |

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa?  Si  No  
 Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Fecha de rechazo: \_\_\_\_\_

Dirección de cobro:  
 Habitación  Oficina  Otra; Especifique: \_\_\_\_\_

Forma de pago:  
 Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar N° de cuenta y Banco correspondiente:

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar N° de tarjeta y Banco correspondiente:

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)**

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_ N° Cédula de identidad / Pasaporte: \_\_\_\_\_  
 V  E

Dirección de habitación/Calle/Avenida: \_\_\_\_\_ Urbanización/Sector: \_\_\_\_\_

Casa/Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Apartamento N°: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de habitación: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: ( ) \_\_\_\_\_

FAX: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**COBERTURAS**

| COBERTURAS SOLICITADAS      | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------|----------------|
| <b>Muerte accidental</b>    |                |
| <b>Invalidez permanente</b> |                |
| <b>Gastos médicos</b>       |                |

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR**

| N°                                       | Apellidos y nombres | N° C.I./Pasaporte | Parentesco | Fecha de nacimiento |     |     | % Participación |
|--|---------------------|-------------------|------------|---------------------|-----|-----|-----------------|
|  |                     |                   |            | Día                 | Mes | Año |                 |
| 1  |                     |                   |            |                     |     |     |                 |
| 2  |                     |                   |            |                     |     |     |                 |
| 3  |                     |                   |            |                     |     |     |                 |
| 4  |                     |                   |            |                     |     |     |                 |
| 5  |                     |                   |            |                     |     |     |                 |
| 6  |                     |                   |            |                     |     |     |                 |
| <b>Total porcentaje de participación</b> |                     |                   |            |                     |     |     | <b>100%(*)</b>  |

(\*) La sumatoria de los porcentajes de participación debe ser igual al 100%.

## 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 QUALITAS C.A** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **SEGUROS QUALITAS C.A** para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica; 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 el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario 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.

|   |
|---|
|   |
| <b>Huella dactilar del pulgar del Tomador</b> |

| El Tomador / El Solicitante |
|-----------------------------|
| Firma:                      |
| Cédula de Identidad N°      |

| El Representante Legal (en caso que lo amerite) |
|---|
| Firma:  |
| Cédula de Identidad N°                          |

| El Intermediario de Seguro |
|----------------------------|
| Firma:                     |
| Código y Sello             |

**SÓLO PARA USO DEL ASEGURADOR**

**CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|   |               |               |
|---|---------------|---------------|
| <b>Firma del representante de la empresa de seguros :</b> | <b>Sello:</b> | <b>Fecha:</b> |
|---|---------------|---------------|