

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE / TOMADOR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
--------------------------	------------	---------------------	----------------------------------------------------------------------

PERSONA NATURAL / JURÍDICA

Apellidos y Nombres / Razón Social	C. I. / Pasaporte / Rif
-------------------------------------------	--------------------------------

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lugar y Fecha Nacimiento / Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------	----------------

Profesión u Oficio	Actividad Económica <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio	Ingreso Promedio Anual Bs.
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

Representante Legal: Nombres y Apellidos	C.I.
-------------------------------------------------	-------------

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País	Estado	Ciudad
-------------	---------------	---------------

Municipio	Parroquia	Urbanización
------------------	------------------	---------------------

Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
------------------------------	---------------------------------------------	-------------	------------------

Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2(Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Fax (Cód. y Nº)
-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------

Zona Postal	E-mail
--------------------	---------------

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)

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 u Oficio	Actividad Económica <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio	Ingreso Anual Bs.
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Fecha Ingreso a la empresa	Fecha Ingreso a la Póliza	Estatura	Peso	Zurdo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Deportes / Pasatiempos
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

País	Estado	Ciudad
-------------	---------------	---------------

Municipio	Parroquia	Urbanización
------------------	------------------	---------------------

Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
------------------------------	---------------------------------------------	-------------	------------------

Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2 (Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Fax (Cód. y Nº)
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------------

Zona Postal	E-mail
--------------------	---------------



DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)

GRUPO A ASEGURAR

N°	Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I./Pasaporte	Fecha Ncmt.	Edad	Sexo	Edo. Civil
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

GRUPO A ASEGURAR

N°	Peso	Estatura	Zurdo	Profesión	Ocupación Actual	Pasatiempos	Deportes
1			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
2			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
3			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
4			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
5			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
6			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
7			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
8			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

COBERTURAS SOLICITADAS

Salud			Gastos Funerarios	
Descripción	Suma Asegurada Bs.	Deducible Bs.		
Plan Básico			Suma Asegurada Bs.	
Cob. Maternidad				
Plan de Exceso				
Accidentes Personales (Sólo Asegurado Titular)			Vida (Sólo Asegurado Titular)	
Descripción	Suma Asegurada Bs.		Descripción	Suma Asegurada Bs.
Muerte Accidental			Muerte	
Invalidez Permanente			Muerte Accidental o Incapacidad Total y Permanente	
Incapacidad Temporal			Pago del Capital por Incapacidad Total y Permanente	
Gastos Médicos			Pago por Fallecimiento de Familiares	

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

Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I. / Pasaporte	% Distribución
			Total 100%

OTROS SEGUROS DE SALUD EN ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Nombre Empresa	N° Póliza	Suma Asegurada Bs.	Status de la Póliza
			<input type="checkbox"/> Anulada <input type="checkbox"/> Vigente
			<input type="checkbox"/> Anulada <input type="checkbox"/> Vigente
			<input type="checkbox"/> Anulada <input type="checkbox"/> Vigente

DECLARACIÓN DE SALUD: Responda Si o No, tomando en cuenta al Titular y cada persona del Grupo a Asegurar. Las respuestas afirmativas puntualícelas en la sección siguiente **DETALLES**.

	SI	NO
1. ¿Disfrutan de buena salud, usted y el Grupo a Asegurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Han sido intervenidos quirúrgicamente alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Prevé realizar alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico, usted o alguna persona del Grupo a Asegurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Han sido pacientes o han estado en observación en algún centro de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se han practicado algún chequeo y/o consulta médica por enfermedad en los últimos 10 años? Indique resultados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se encuentra en estado de gestación alguna de las mujeres del Grupo a Asegurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Han sido sometidos a algún estudio de esterilidad o a alguna intervención quirúrgica contraceptiva, tales como vasectomía, ligadura de trompas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Han padecido o padecen de alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Han padecido o padecen de enfermedades respiratorias: asma, ronquera, tos persistente, enfisema, tuberculosis, neumonía, pleuresía, bronconeumonía, bronquitis, sangre en el esputo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Han padecido o padecen de enfermedades digestivas: gastritis, úlceras, vesícula, enfermedad intestinal, afecciones hepáticas, hemorroides, páncreas, enfermedad diverticular de colón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Han padecido o padecen de enfermedades del sistema genitourinario: cálculos u otras afecciones renales, infecciones urinarias, vejiga, próstata, varicocele, fimosis, para fimosis, albúmina, sangre, pus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Han padecido o padecen de enfermedades endocrinas: diabetes, obesidad, bocio, tiroides, alteraciones del colesterol y triglicéridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Han padecido o padecen de enfermedades venéreas, infecciosas o parasitarias como paludismo, disentería, mal de chagas, hepatitis, meningitis, amibiiasis, bilharzia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Han padecido o padecen de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Han padecido o padecen de enfermedades de índole hematológicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Padecen de sida o tiene pruebas positivas del virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Han recibido transfusiones de sangre o han sido donantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Reciben tratamiento de hemodiálisis o riñón artificial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Padecen o han padecido de alcoholismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Padecen o han padecido de toxicomanía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Consumen alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Han tenido cambio de peso en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Alguna de las mujeres a incluir en la póliza se encuentra embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Las mujeres a ser incluidas en el Grupo a Asegurar 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Han efectuado algún reclamo amparado en alguna póliza de salud ante otra empresa aseguradora? Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DETALLES: En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas precedentes, indique el N° de la pregunta que corresponda, especifique la persona del Grupo a Asegurar afectada, e indique detalles tales como: diagnóstico (enfermedad) o intervención quirúrgica, fecha, nombre y ubicación del médico tratante, condición actual. Anexe informe médico, resultados de exámenes médicos y cualquier otro documento relacionado.

¿Ha padecido algún familiar suyo o del Grupo a Asegurar de enfermedades mentales, enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, enfermedades de los riñones, tuberculosis, parálisis, apoplejía, hemiplejía, epilepsia, enfermedades de la médula, reumatismo o ha cometido suicidio? Si No - Si la respuesta es afirmativa detalle:


Nombre y Apellido de la persona a incluir en el seguro	Parentesco con el familiar afectado	Edad	Fallecido	Causa del fallecimiento
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

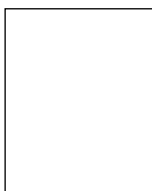
AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

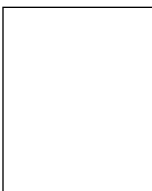
Declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mi proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de Seguros Universitas, C.A., 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 Seguros Universitas, 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, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con 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 Terrorista, en la Actividad Aseguradora.

Lugar y Fecha: _____ , 
Huella Dactilar


Huella Dactilar


Huella Dactilar

Firma y Sello
Contratante/Tomador
C.I.:
Rif:

Firma Asegurado Titular
C.I.:
Rif:

Firma Intermediario
C.I.:
Código:

