

Solicitud de Seguros Accidentes Personales

FECHA

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE Y DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO

MOVIMIENTO: ☐ EMISIÓN ☐ MODIFICACIÓN PÓLIZA: ☐ INDIVIDUAL ☐ COLECTIVO MONEDA: ☐ BOLÍVAR ☐ DIVISA

DATOS DEL TOMADOR

Si el solicitante es Persona Natural (indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identificación	N° R.I.F.
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ RH		Sexo ☐ M ☐ F
Dirección de Habitación		Estado	Municipio/Parroquia	
Teléfono de Habitación	Teléfono Móvil	Correo electrónico	Otro Correo electrónico	Ingreso anual Bs.
Actividad Económica ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Societaria Ramo		Profesión	Ocupación	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)		Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)		Teléfono Oficina

Si el solicitante es Persona Jurídica (indique los datos solicitados)

Nombre o Razón Social de la Empresa		Nombre del Registro Mercantil	N°	Tomo	Fecha de Constitución	N° R.I.F.
Dirección de la Empresa			Estado		Municipio/Parroquia	
Objeto Social		Actividad Económica ☐ Profesional ☐ Comercial ☐ Industrial ☐ Otros Especifique:			Teléfono de la Empresa	
Capital Suscrito y Pagado	Patrimonio (según último estado de resultados)	Utilidad del ejercicio económico anterior (cuando aplique)	Productos/ Servicios que ofrece			
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal					C.I. / Pasaporte	
Dirección de Habitación		Correo electrónico			Teléfono	

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identificación	N° R.I.F.
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ RH		Sexo ☐ M ☐ F
Habitación	Estado		Municipio/Parroquia	
Teléfono de Habitación	Teléfono Móvil	Correo electrónico	Otro Correo electrónico	Ingreso promedio anual Bs.
Actividad Económica ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Societaria Ramo		Profesión	Ocupación	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)		Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)		Teléfono Oficina

INFORMACIÓN DE GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Nro.	Parentesco	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso	Estatura
1	Titular					Kg	m
2						Kg	m
3						Kg	m
4						Kg	m
5						Kg	m
6						Kg	m

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

Nro.	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	% de Participación
1				%
2				%

COBERTURAS A CONTRATAR

Cobertura Básica	Suma Asegurada
☐ Muerte Accidental	
☐ Invalidez Permanente	
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas aquí señaladas)	
☐ Incapacidad Temporal	
☐ Gastos Médicos y de Farmacia	
☐ Gastos por Servicios Funerarios	

Coberturas Especiales												
☐ Doble Indemnización												
☐ Indemnización Adicional por fallecimiento conjunto												
Cobertura Restringida Si ☐ No ☐						Accidentes solo en horas laborales ☐			Accidentes durante la vida privada ☐			
FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral												
CUESTIONARIO DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR												
Interrogantes								Asegurado Afectado		Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)		
1.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas está bajo tratamiento médico, padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia?						☐ Sí ☐ No					
2.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sufrido algún accidente?						☐ Sí ☐ No					
3.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene algún impedimento, defecto o deformación física? Indique cuál						☐ Sí ☐ No					
4.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia						☐ Sí ☐ No					
5.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia						☐ Sí ☐ No					
6.	¿Alguna de las personas a ser asegurada trabaja por su cuenta? Indique la actividad que desempeña						☐ Sí ☐ No					
7.	¿Alguna de las personas a ser asegurada en sus actividades utiliza alto voltaje?						☐ Sí ☐ No					
8.	¿Alguna de las personas a ser asegurada utiliza maquinaria? Indique cuáles maquinarias y su frecuencia						☐ Sí ☐ No					
9.	¿Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o químicos? Detalle cuáles y su frecuencia						☐ Sí ☐ No					
10.	¿Alguna de las personas a ser asegurada practica deportes? Indique cuáles y si son como profesional						☐ Sí ☐ No					
11.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros de Accidentes Personales y/o Vida? Indique empresa aseguradora y motivo						☐ Sí ☐ No					
12.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas se encuentra amparada por alguna póliza de Accidentes Personales? Indique empresa aseguradora y capital asegurado						☐ Sí ☐ No					
INTERMEDIARIO(S) DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA												
Apellidos y Nombres						Código		% Participación		Firma		
PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA												
¿Autoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas: Si ☐ No ☐												
Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular												
Número de Cuenta Corriente										Nombre del Banco		
Condiciones												
1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza.												
2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos.												
3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.												
4. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones.												
DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES												
Yo _____, el Propuesto Asegurado, declaro que he leído cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar.												
Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o retencencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.												
Convenyo que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia en la fecha prevista. siempre que esta solicitud sea aceptada por Oceánica de Seguros. C.A. v autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o me asistan en el futuro. v relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional v de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.												
Así mismo. convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud.												
Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica. información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo soliciten, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos.												
DECLARACIÓN JURADA												
Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.												
Lugar:						Fecha: de de						
FIRMAS DE CONFORMIDAD												
Firma Tomador				Firma Propuesto Asegurado Titular								
HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)				HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)								
Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F.				Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte								
Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante.												
C.N.E.				Seguro Social				Observaciones				
				Lugar				Fecha				