Seguros Universitas
Somos Su Alternativa

SOLICITUD DE SEGUROS
RAMOS DE PERSONAS - COLECTIVO

☐ SALUD ☐ AP ☐ VIDA ☐ GASTOS FUNERARIOS
☐ PÓLIZA NUEVA ☐ MODIFICACIÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE / TOMADOR

PERSONA NATURAL / JURÍDICA

Apellidos y Nombres / Razón Social			C. I. / Pasaporte / Rif
Tipo de Persona ☐Natural ☐ Jurídica ☐ Gubernamental	Nacionalidad	Sexo ☐F ☐ M	Estado Civil ☐Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro
Lugar y Fecha Nacimiento / Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
Profesión o Actividad Económica			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			

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

C. I. / Pasaporte	Rif		Nacionalidad		Sexo ☐F ☐ M
Apellidos		Nombres			
Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad	Estado Civil ☐Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro		
Profesión	Ocupación	Ingreso Anual Bs. ☐Hasta 6.000 ☐ De 6.001 a 12.000 ☐ 12.001 a 18.000 ☐ Más de 18.000			
Fecha Ingreso a la empresa	Fecha Ingreso a la Póliza	Estatura	Peso	Zurdo ☐Si☐ 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			

GRUPO A ASEGURAR

Nº	Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I./Pasaporte	Fecha Ncmto.	Edad	Sexo	Edo. Civil
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

GRUPO A ASEGURAR

Nº	Peso	Estatura	Zurdo	Profesión	Ocupación Actual	Pasatiempos	Deportes
1			☐Si ☐ No				
2			☐Si ☐ No				
3			☐Si ☐ No				
4			☐Si ☐ No				
5			☐Si ☐ No				
6			☐Si ☐ No				
7			☐Si ☐ No				
8			☐Si ☐ No				

COBERTURAS SOLICITADAS

Salud		
Descripción	Suma Asegurada Bs.	Deducible Bs.
Plan Básico		
Cob. Maternidad		
Plan de Exceso		

Gastos Funerarios	
Suma Asegurada Bs.	

Accidentes Personales (Sólo Asegurado Titular)	
Descripción	Suma Asegurada Bs.
Muerte Accidental	
Invalidez Permanente	
Incapacidad Temporal	
Gastos Médicos	

Vida (Sólo Asegurado Titular)	
Descripción	Suma Asegurada Bs.
Muerte	
Muerte Accidental o Incapacidad Total y Permanente	
Pago del Capital por Incapacidad Total y Permanente	
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	Nº Póliza	Suma Asegurada Bs.	Status de la Póliza
			☐Anulada ☐ Vigente
			☐Anulada ☐ Vigente
			☐Anulada ☐ 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?	☐	☐
2.	¿Han sido intervenidos quirúrgicamente alguna vez?	☐	☐
3.	¿Prevé realizar alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico, usted o alguna persona del Grupo a Asegurar?	☐	☐
4.	¿Han sido pacientes o han estado en observación el algún centro de salud?	☐	☐
5.	¿Se han practicado algún chequeo y/o consulta médica por enfermedad en los últimos 10 años? Indique resultados.	☐	☐
6.	¿Se encuentra en estado de gestación alguna de las mujeres del Grupo a Asegurar?	☐	☐
7.	¿Han sido sometidos a algún estudio de esterilidad o a alguna intervención quirúrgica contraceptiva, tales como vasectomía, ligadura de trompas?	☐	☐
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?	☐	☐
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?	☐	☐
10.	¿Han padecido o padecen de alergias?	☐	☐
11.	¿Han padecido o padecen de enfermedades respiratorias: asma, ronquera, tos persistente, enfisema, tuberculosis, neumonía, pleuresía, bronconeumonía, bronquitis, sangre en el esputo?	☐	☐
12.	¿Han padecido o padecen de enfermedades digestivas: gastritis, úlceras, vesícula, enfermedad intestinal, afecciones hepáticas, hemorroides, páncreas, enfermedad diverticular de colón?	☐	☐
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?	☐	☐
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?	☐	☐
15.	¿Han padecido o padecen de enfermedades endocrinas: diabetes, obesidad, bocio, tiroides, alteraciones del colesterol y triglicéridos?	☐	☐
16.	¿Han padecido o padecen de enfermedades venéreas, infecciosas o parasitarias como paludismo, disentería, mal de chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharzia?	☐	☐
17.	¿Han padecido o padecen de cáncer?	☐	☐
18.	¿Han padecido o padecen de enfermedades de índole hematológicas?	☐	☐
19.	¿Padecen de sida o tiene pruebas positivas del virus?	☐	☐
20.	¿Han recibido transfusiones de sangre o han sido donantes?	☐	☐
21.	¿Reciben tratamiento de hemodiálisis o riñón artificial?	☐	☐
22.	¿Padecen o han padecido de alcoholismo?	☐	☐
23.	¿Padecen o han padecido de toxicomanía?	☐	☐
24.	¿Consumen alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva?	☐	☐
25.	¿Han tenido cambio de peso en los últimos 5 años?	☐	☐
26.	¿Alguna de las mujeres a incluir en la póliza se encuentra embarazada?	☐	☐
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?	☐	☐
28.	¿Han efectuado algún reclamo amparado en alguna póliza de salud ante otra empresa aseguradora? Especifique	☐	☐

DETALLES: En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas precedentes, indique el Nº 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, hemiplejia, 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 ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	
			Si ☐ No ☐	

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 de la Póliza cuya suscripción en este acto solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales Y Financiamiento del Terrorismo, previstos en la normativa venezolana vigente en la materia.

Lugar y Fecha: ,

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

Huella Dactilar

Firma Asegurado Titular
C.I.:
Rif:

Huella Dactilar

Firma Intermediario
C.I.:
Código:

Huella Dactilar