

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 113

Datos del Seguro			
Tipo de Solicitud:	Emisión ☐	Modificación ☐	Inclusión ☐
Fecha de Solicitud:			
Tipo de Póliza:	Individual ☐	Colectivo ☐	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /
Frecuencia de pago:	Anual ☐	Semestral ☐	Trimestral ☐
Otra:	Sucursal:		
Datos del Tomador del Seguro (Persona Natural)			
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:			
C.I. / Pasaporte / R.I.F.:		Nacionalidad:	Estado Civil:
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo:
Dirección Habitación:			
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:	
Estado:	Teléfonos:	Domicilio Electrónico:	
Dirección de Cobro:			
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:	
Estado:	Teléfonos:	Domicilio Electrónico:	
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:		Ingreso Anual (moneda ____):	
Tipo de Actividad: Socio ☐ Trabajador Independiente ☐ Empleado ☐ Cargo que desempeña:			
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:			
Datos del Propuesto Asegurado (Llenar solo si es diferente al Tomador)			
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:			
C.I. / Pasaporte / R.I.F.:		Nacionalidad:	Estado Civil:
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo:
Empresa donde Trabaja:		Fecha de Ingreso:	
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:		Ingreso Anual(moneda ____):	
Dirección de Habitación:			
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:	
Estado:	Teléfonos:	Domicilio Electrónico:	
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:			
Datos del Tomador si es Persona Jurídica			
N° de Registro Mercantil:		R.I.F.	Fecha de Constitución:
Naturaleza de la Empresa: Privada ☐ Pública ☐ Objeto o Razón Social:			
N° Registro	N° Tomo	Actividad Económica ☐ Profesional ☐ Comercial ☐ Industrial	Especifique _____
Productos o Servicios que ofrece		Utilidad del Ejercicio Económico Anterior	Patrimonio Último Estado de Resultados
Dirección de la Empresa:			
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:	
Estado:	Teléfonos:	Domicilio Electrónico:	
Dirección de Cobro:			
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:	
Estado:	Teléfonos:	Domicilio Electrónico:	
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:			
Datos del Representante del Tomador			
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:		C.I. / Pasaporte / R.I.F. V __ E __ J __ N°:	
Dirección:			
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:	
Estado:	Teléfonos:	E-mail:	
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:		Domicilio Electrónico:	

Datos Grupo Familiar a incluir en el Seguro / Dependientes					
Parentesco		Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Estatura (Mts.) Peso (Kgs.)
1	Titular				
2					
3					
4					
5					
6					
Coberturas					
Cobertura Básica			Suma Asegurada (moneda_____)	Deducible (moneda_____)	
Gastos Médicos, de Hospitalización y Cirugía ☐					
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratarlas)					
Maternidad ☐					
Servicio Funerario ☐					
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 ? 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).					
g. Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas.					
h. Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias.					
i. Defectos físicos, mutilación, invalidez física o trastornos del desarrollo psíquico y somático.					
j. Trastornos en la sangre, tumores, cáncer, SIDA, diabetes.					
k. Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad.					
14. ¿Alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco años, ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad?					
En caso de respuestas positivas, favor dar detalles con indicación del solicitante					

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado Titular						
Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento			% Participación
			Día	Mes	Año	

La sumatoria de los porcentajes de participación debe ser igual al 100%.

Intermediario(s) del Seguro			
Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

Forma de Pago de la Prima	
Frecuencia de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐	Moneda:
Forma de pago: Por cheque ☐ Por transferencia ☐ Por domiciliación de cobro ☐	
Tipo de instrumento: Cuenta Corriente ☐ Cuenta de Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito ☐	
Número de cuenta o tarjeta para la domiciliación:	
Banco emisor de la cuenta o tarjeta indicada para la domiciliación:	Fecha de vencimiento de la Tarjeta:

Declaración de Fe

Yo, el Propuesto Asegurado, 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 Uniseguros, S.A. para la emisión de la Póliza y el cobro de la prima.

Firma del Propuesto Asegurado

Lugar: _____

Huella Dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda

Fecha: _____ de _____ de _____

Yo, el Tomador, 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 el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.

Firma del Tomador

Lugar: _____

Huella Dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda

Fecha: _____ de _____ de _____

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia NºFSAA-1-1-0591-2022 de fecha 28 de Diciembre 2022