

1.- Seguros a Suscribir Salud Funerarios
Accidentes Personales

2.- Tipo de Movimiento **Emisión** Individual **Modificación**
Colectivo

3.- Datos del Tomador

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social:	C.I., Pasaporte o RIF. N°:	Nacionalidad:	Sexo:	Estado Civil:	Fecha de Nacimiento:
A que se dedica:	Ingreso Mensual:	Dirección de habitación:			
Teléfonos Contacto: Hab: _____ Cel: _____	Correo Electronico:	Dirección de Oficina:		Dirección de Cobro:	

4.- Datos del Asegurado Titular

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social:	C.I., Pasaporte o RIF. N°:	Nacionalidad:	Sexo:	Estado Civil:	Fecha de Nacimiento:
A que se dedica:	Ingreso Mensual:	Peso:	Estatura:	Edad:	
Relación con el Tomador:	Dirección de habitación:				
Teléfonos Contacto: Hab: _____ Cel: _____	Correo Electronico:	Dirección de Oficina:			
Teléfonos Contacto: Ofic: _____ Fax: _____	Empresa donde Trabaja:			Fecha de Ingreso:	

5.- Familiares Asegurados

N°	Cedula de Identidad	Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo		Peso	Estatura
					M	F		
1								
2								
3								
4								
5								

Beneficiario en caso de fallecimiento del titular:

6.- Coberturas Solicitadas

H.C Básico <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada Bs _____	Deducible _____	Accidentes <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada Bs _____
H.C Exceso <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada Bs _____	Deducible _____	Funerarios <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada Bs _____
Maternidad <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada Bs _____	Deducible _____	Odontológico <input type="checkbox"/>	Oftalmológico <input type="checkbox"/>

7.- Declaración de Salud

PREGUNTA		SI	NO	BENEF	DETALLE ENFERMEDAD Y FECHA
1	¿Alguna de las personas a asegurar padece o ha padecido, esta bajo tratamiento o ha sido informado de que padece de alguna Enfermedad?				
2	¿Alguna de las personas a asegurar ha sido intervenida quirúrgicamente?				
3	¿Alguna de las personas a asegurar ha sufrido algún accidente?				
4	¿Alguna de las personas a asegurar se encuentra en estado de gravidez?				
5	¿Alguna de las personas a asegurar se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no ha llevado a cabo?				

8.- Declaración Complementaria

PREGUNTA		SI	NO	BENEF	DETALLE ENFERMEDAD Y FECHA
1	¿Alguna de las personas a asegurar fuma o fumaba cigarrillos? (indique cantidad y frecuencia)				
2	¿Alguna de las personas a asegurar ingiere bebidas alcohólicas? (indique cantidad y frecuencia)				
3	¿Alguna de las personas a asegurar ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos 3 años? (indique causa y fecha)				
4	¿Alguna de las personas a asegurar ha practicado o practica algún deporte? (Indique cual deporte y frecuencia)				
5	¿Alguna de las personas a asegurar ha estado o está actualmente bajo observación o tratamiento psiquiátrico o psicológico? (indique patología)				
6	¿Alguna de las personas a asegurar tiene algún impedimento o defecto físico?				
7	¿Alguna de las personas a asegurar tiene algún familiar que ha padecido o padece de tumores malignos, enfermedades del corazón, infartos, derrames, hipertensión arterial, gota, dislipidemias, diabetes, tuberculosis, alcoholismo o desórdenes mentales? (indique parentesco, enfermedad y estado actual)				
8	¿Alguna de las personas a asegurar se encuentra amparada por alguna póliza de Salud, Gastos Funerarios o Accidentes Personales? (indique compañía aseguradora y capital asegurado)				
9	¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna solicitud de seguro de vida y/o salud? (indique compañía aseguradora y motivo)				

Yo, el Asegurado Titular, declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) Póliza (s) en trámite de enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo. emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

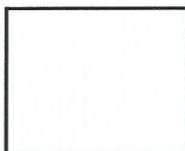
Convento en que el Seguro aquí propuesto entrará en vigencia en la fecha prevista, siempre que esta Solicitud halla sido aceptada por el Océánica de Seguros, C.A., y Autorizo a esta Empresa, a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud, a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o futuro, y relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

*Art. 40 ... "Igualmente declaro 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".

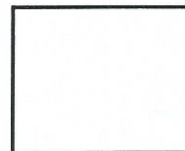
(*)Providencia Administrativa N° FSS-000514 emanada de la Sudeaseg, de fecha 18-02-2011 publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39621, del 22 de febrero 2011 y reformada por la Providencia N° 1495 del 27-05-2011 publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39694 en fecha 13-06-2011. Yo el Tomador declaro bajo fe de juramento, que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza cuya suscripción solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con valores, títulos o beneficiarios derivados de actividades ilícitas o de delito(s) previsto(s) en el Marco Legal vigente o en las que en un futuro fueron aplicables.

Lugar _____ Fecha _____ de _____ de _____

Firma del Tomador



Firma del Asegurado Titular



N° Código Productor

Nombre y Firma del Productor