

VIGENCIA DEL SEGURO: DESDE _____ HASTA _____	INTERMEDIARIO: _____	CODIGO: _____
---	----------------------	---------------

### SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

**IMPORTANTE:** Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas, y firmada por El Tomador para iniciar el proceso de suscripción.

EL TOMADOR: Apellidos y Nombres, si es Persona Natural / Razón Social, si es Persona Jurídica:		Correo Electrónico:	
Nº. Cédula de Identidad (Persona Natural): V ( ) E ( )	Nº. De R.I.F. (Persona Jurídica):	Relación o Parentesco con EI ASEGURADO:	
EL ASEGURADO: Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad: V ( ) E ( )	
Lugar de Nacimiento:	Fecha:	Edad:	Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil:
Dirección de Habitación:			
		Teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección de Cobro:			
		Teléfono:	Correo Electrónico:
Estatura: Mts.	Peso en Kgs.:	Zurdo: ( ) Derecho: ( )	Profesión:

### INFORMACIÓN DE SU TRABAJO

Nombre de la Empresa o Patrono:		Actividad de la Empresa:									
Dirección:		Teléfono:									
Cargo que desempeña:		Ingreso Mensual:									
¿ Qué vehículos maneja con frecuencia?		¿ Qué deportes practica con frecuencia?									
Moto	Auto	Camión	Lancha	Avión	Rodeo	Pesca	Coleo	Carreras	Cacería	Sub-Pesca	Paracaidismo
Clase de Licencia de vuelo:		Tipo de Aeronave		Horas de vuelo al año		Instructor de vuelos		Estudiante de Aviación			
¿ Tiene Seguro (s) de Accidentes Personales en otra (s) Compañía (s)? _____ Especifique: _____											

COBERTURAS	MONTO ASEGURADO	TASAS BASICAS	RECARGOS	DESCUENTOS	CAUSA	TASAS NETAS	PRIMA ANUAL
Muerte Accidental							
Invalidez Permanente							
Indemnización Semanal							
Gastos Médicos							
<b>TOTAL PRIMA ANUAL</b>							

**PERSONAS QUE SE INCLUIRAN EN EL SEGURO DE ACCIDENTES**

APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN

**BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL**

APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	PARENTESCO O RELACIÓN	% DISTRIBUCIÓN SUMA ASEGURADA

**DATOS PERSONALES E INFORME DEL ASEGURADO**

1. ¿Realiza trabajos manuales? \_\_\_\_\_ ¿Habitualmente? \_\_\_\_\_ ¿Eventualmente? \_\_\_\_\_
2. ¿Utiliza máquina o fuerza motriz? \_\_\_\_\_
3. ¿Trabaja encima de edificios, techos o andamios? \_\_\_\_\_
4. ¿Trabaja donde hay materiales inflamables, explosivos, corrosivos o peligrosos? \_\_\_\_\_
5. ¿Además de su ocupación, ejerce alguna otra? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_
6. ¿Ha sufrido enfermedad grave? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene algún defecto físico? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
8. ¿Ha sufrido ataque de cualquier clase? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
9. ¿Ha sufrido algún accidente? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
10. ¿Tiene algún defecto en los ojos o en los oídos? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
11. ¿Ha sufrido alguna vez de hernias o varices? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
12. ¿Ha sufrido alguna dislocación o fractura? \_\_\_\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_
13. ¿Ha padecido enfermedad nerviosa, diabetes, gota, erisipela, reumatismo, tuberculosis o del corazón?  
\_\_\_\_\_
14. ¿Practica algún deporte con frecuencia? (fútbol, hokey, béisbol, rugby, ski, polo a caballo, andinismo, alpinismo o montañismo, caza, pesca, carreras de cualquier naturaleza, automovilismo, motociclismo, otros). Especifique:  
\_\_\_\_\_

15. ¿Piensa viajar fuera de Venezuela? \_\_\_\_\_ ¿A dónde? \_\_\_\_\_
16. ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
17. ¿Tuvo, tiene o está negociando algún seguro de vida o de accidentes? \_\_\_\_\_
18. ¿Le ha sido rechazada o aceptada con sobreprimas, alguna solicitud de seguro de vida o de accidentes?  
\_\_\_\_\_
19. ¿A su leal saber y entender ¿ se encuentra Ud. ahora en buen estado de salud o libre de todo impedimento o deformidad física? \_\_\_\_\_ En caso negativo dar detalles completos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. ¿Cuántas horas vuela Ud. en avión al año como promedio? \_\_\_\_\_
21. ¿Representa el total de indemnización por incapacidad bajo todas las pólizas que Ud. tiene en vigor y/o que esté solicitando, menos del 75% de sus ingresos promedios? \_\_\_\_\_

Declaro que todas las respuestas son verídicas y doy la conformidad para que esta solicitud y las respuestas en ella dadas, sean la base del contrato entre La Compañía y yo. Acepto la nulidad del contrato en caso de existir en la presente solicitud, declaraciones falsas, omisiones o reticencias de mi parte, que contribuyan a cambiar el objeto del riesgo, o a juzgar que el mismo disminuya, de tal forma que si La Compañía hubiese conocido su verdadero estado, no habría aceptado.

Yo, El Tomador, de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP), y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 1150 de fecha 1° de octubre de 2004 emanada de la Superintendencia de Seguros y publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38065, de fecha 15 de noviembre de 2004, la cual contiene las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones por parte de las personas naturales y jurídicas con el fin de prevenir el delito de legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano, certifico que toda la información por mí suministrada a La Oriental de Seguros, C.A., es verdadera, y en consecuencia autorizo a dicha empresa o a quien competa, para que realice todas las diligencias que sean necesarias a objeto de constatar que el origen del dinero utilizado para el pago de las primas, proviene de operaciones ilícitas.

Asimismo declaro que confiero mandato expreso, amplio e irrevocable a: \_\_\_\_\_ para que en mi nombre y representación, requiera y convenga con La Oriental de Seguros, C.A., los términos y condiciones de la contratación, y por ende, suscriba los documentos a que hubiere lugar con ocasión de la emisión de la póliza objeto de la presente solicitud.

En \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado