



SEGUROS ALTAMIRA, C.A.  
 INSCRITO EN EL MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL No. 107  
 R.I.F. No. J-300052236-9  
 CAPITAL PAGADO 1.000.000.000,00

### SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Fecha de la Solicitud			Fecha de la Vigencia				Código de Ramo:	Intermediario:	Código:	Fecha de Recibido:
Día	Mes	Año	Desde		Hasta		Sucursal::			

#### DATOS DE EL TOMADOR

Nombres y Apellidos o Razón Social							Nº de Cédula de Identidad o R.I.F.:				
Dirección:								Teléfono(s):		E-mail:	
Ocupación y/o Índole:					Capacidad Económica y/o Ingreso:					Fax:	
Dirección de Pago de la Prima:											

#### DATOS DE EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:							Nº de Cédula de Identidad:					
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad:			Sexo:		Estado Civil:		
							F	M	C	S	D	O
Profesión:			Ocupación:			Estatura:		Peso:		Es Zurdo? Si No		
Principales labores de su Ocupación:								Teléfonos:		E-mail:		
Dirección:												
Fuera de su Ocupación habitual: ¿Tiene otra Ocupación? Si No en caso afirmativo, de detalles:												
Maneja usted vehículo automotor? Si ___ No___ En caso afirmativo de detalles:												

¿Viaja usted como Pasajero en Aviones, Avionetas o Helicópteros Particulares? Si No En caso afirmativo, indique: ¿Con que frecuencia? ¿Desea estar amparado durante el desarrollo de estos viajes? Si No

¿Posee Título de Aviador? Si No En caso afirmativo, indique: Tipo de Licencia de Aviación Horas de vuelo: ¿Desea estar amparado durante el desarrollo de esta actividad? Si No

¿Utiliza Lanchas u otro tipo de Embarcaciones Fluviales, Marítimas o Lacustre, es Marino Mercante? Si No En caso afirmativo, indique: ¿Desea estar amparado durante el desarrollo de estos viajes? Si No

Indique la modalidad de cobertura que desea: 1) Total: \_\_\_\_\_ (Vida Privada y Actividad Profesional)  
 2) Restringida a Vida Privada: \_\_\_\_\_ 3) Restringida a la Actividad Profesional: \_\_\_\_\_

**DEPORTES QUE PRACTICA**

ACTIVIDAD DEPORTIVA	¿Aficionado o Profesional?	Deporte Practicado desde el año
1)		
2)		
3)		
4)		

¿Desea estar amparado durante estas actividades? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO**

Coberturas	Suma Asegurada	Deducible
<b>Coberturas Básicas</b>		
<b>Muerte Accidental</b>		
<b>Invalidez Permanente</b>		
<b>Invalidez Temporal</b>		
<b>Gastos Médicos y de Farmacia</b>		
<b>Gastos de Entierro</b>		
<b>Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio</b>		
<b>Gastos de Repatriación</b>		

Tipo de Cobertura que desea: Nacional: \_\_\_\_\_ Internacional \_\_\_\_\_

**Las Coberturas de Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio, Gastos de Repatriación y Tipo de Cobertura que desea, son opcionales y el Tomador no está obligado a contratar ninguna de ellas. Si desea deducible marque sólo para Gastos Médicos y de Farmacia.**

**PERSONAS ASEGURABLES**

Mediante la presente opción, el propuesto **Asegurado Titular** podrá incluir en el amparo de su Póliza, a su Cónyuge, sus Padres y/o los Padres de su Cónyuge menores de 66 años de Edad y cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente o que sea persona a su servicio, menor de 65 años, y a sus hijos, hermanos o nietos menores de 25 años de edad (los mayores de 21 años deberán presentar constancia de estudios a nivel superior).

Familiar Nº	Nombres y apellidos	Parentesco con Propuesto Asegurado Titular	C.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo	
					M	F
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Familiar Nº	Peso (kgs.)	Estatura (Mts y Cms)	Es Zurdo?	Edad	Breve Descripción de sus ocupaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**DATOS DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO SOLICITADO PARA EL CÓNYPUGE**

Coberturas	Suma Asegurada	Deducible
<b>Coberturas Básicas</b>		
<b>Muerte Accidental</b>		
<b>Invalidez Permanente</b>		
<b>Invalidez Temporal</b>		
<b>Gastos Médicos y de Farmacia</b>		
<b>Gastos de Entierro</b>		
<b>Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio</b>		
<b>Gastos de Repatriación</b>		

Tipo de Cobertura que desea: Nacional: \_\_\_\_\_ Internacional \_\_\_\_\_

**Las Coberturas de Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio, Gastos de Repatriación y Tipo de Cobertura que desea, son opcionales y el Tomador no está obligado a contratar ninguna de ellas. Si desea deducible marque sólo para Gastos Médicos y de Farmacia.**

<b>DATOS DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO PARA CADA HIJO (Sí es solicitada su inclusión)</b>		
<b>Coberturas</b>	<b>Suma Asegurada</b>	<b>Deducible</b>
<b>Coberturas Básicas</b>		
<b>Muerte Accidental</b>		
<b>Invalidez Permanente</b>		
<b>Invalidez Temporal</b>		
<b>Gastos Médicos y de Farmacia</b>		
<b>Gastos de Entierro</b>		
<b>Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio</b>		
<b>Gastos de Repatriación</b>		
Tipo de Cobertura que desea: Nacional: _____ Internacional _____		
<b>Las Coberturas de Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio, Gastos de Repatriación y Tipo de Cobertura, son opcionales y el Tomador no está obligado a contratar ninguna de ellas. Si desea deducible marque sólo para Gastos Médicos y de Farmacia.</b>		

<b>DATOS DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITADO PARA ALGUNA OTRA PERSONA FAMILIAR (Sí es solicitada su inclusión)</b>		
<b>Coberturas</b>	<b>Suma Asegurada</b>	<b>Deducible</b>
<b>Coberturas Básicas</b>		
<b>Muerte Accidental</b>		
<b>Invalidez Permanente</b>		
<b>Invalidez Temporal</b>		
<b>Gastos Médicos y de Farmacia</b>		
<b>Gastos de Entierro</b>		
<b>Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio</b>		
<b>Gastos de Repatriación</b>		
<b>Especificar otros Anexos en Observaciones</b>		
Tipo de Cobertura que desea: Nacional: _____ Internacional _____		
<b>Las Coberturas de Gastos de Comunicación, Traslado y Auxilio, Gastos de Repatriación y Tipo de Cobertura, son opcionales y el Tomador no está obligado a contratar ninguna de ellas. Si desea el deducible marque sólo para Gastos Médicos y de Farmacia.</b>		

<b>DEPORTES QUE PRACTICAN LAS PERSONAS ASEGURABLES</b>				
<b>Favor indicar para cada familiar a asegurar los deportes que practica, si es aficionado o profesional y desde cuando lo practica.</b>				
<b>Persona a asegurar</b>	<b>Deporte N° 1</b>	<b>Deporte N° 2</b>	<b>Deporte N° 3</b>	<b>Breve explicación de la actividad deportiva</b>
Familiar N° 1				
Familiar N° 2				
Familiar N° 3				
Familiar N° 4				
<b>Desea que sus familiares estén amparados durante el desarrollo de esas actividades ¿ Si _____ No _____</b>				

BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR EN CASO DE SU FALLECIMIENTO				
Apellidos y Nombres	Nro. Cédula de Identidad	Parentesco	% de la Suma Asegurada	Observaciones

DECLARACIÓN DE SALUD (Preguntas)	
¿Usted o alguna de las personas a asegurarse padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o Desórdenes?	
1.- ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del Sistema Respiratorio? SI NO	9.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? SI NO
2.- ¿Dolores de Pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataques cardiacos u otras enfermedades o desórdenes del corazón o del sistema circulatorio? SI NO	10.- ¿Ha sido objeto de diagnóstico o tratamiento por un médico como afectado por el síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA? SI NO
3.- ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, dolor de cabeza, u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastornos mentales? SI NO	11.- ¿Está o recientemente fue reclusa en alguna Institución Médica o padece de deformaciones o mutilaciones? SI NO
4.- ¿Albúmina o sangre en la orina, u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas? SI NO	12.- ¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos? SI NO
5.- ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumores o cáncer? SI NO	13.- ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrino? SI NO
6.- ¿Alergias, anemias u otros desórdenes sanguíneos? SI NO	14.- ¿Se encuentra en estado de gestación o ha tenido abortos? SI NO
7.- ¿Ictericia, hemorragia Intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, ingestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar? SI NO	15.- ¿Ha sufrido algún Accidente recientemente? SI NO

8.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? SI      NO	16.- ¿Ha estado hospitalizado en algún centro hospitalario público o privado recientemente? SI      NO
---	---

**DECLARACIÓN DE SALUD (Complemento a Respuestas Afirmativas)**

Si alguna de las Respuestas en el cuadro anterior de preguntas fue afirmativa, favor complementarla en el siguiente recuadro

Nombre de la Persona a Asegurar y Número de la Pregunta	Condición y Complicación (Indique si fue operado)	Fecha de Comienzo de la Afección	Nombre y Dirección de Médicos e Instituciones Médicas que le han atendido

**DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS**

¿Ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse alguna vez ha consultado, ha estado o esta actualmente bajo observación o tratamiento o ha sido examinado por algún médico psiquiatra o psicólogo? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Usted o alguna las personas a Asegurarse ha practicado o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóvil? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Alguna de las personas a Asegurarse vive fuera de la dirección residencial declarada en esta solicitud? SI      NO      .En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas, motivos y dirección:

¿Usted o alguno de las personas a Asegurarse fuma cigarrillos? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y cantidad diaria:

¿Usted o alguna de sus las personas a Asegurarse dejo el hábito de fumar cigarrillos? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y cantidad diaria que fumaba:

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse toma bebidas alcohólicas? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales persona(s) y la cantidad diaria, semanal o mensual:

¿A Usted o alguno de las personas a Asegurarse se le ha aconsejado alguna prueba diagnostica, hospitalización o cirugía que no ha llevado a cabo? SI      NO      . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

### OTROS DATOS NECESARIOS

¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Vida, Salud, Funerarios y/o Accidentes Personales? SI NO En caso afirmativo, indique la(s) personas, la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y los Capitales Asegurados:

¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna Solicitud de Seguro de Vida, Salud, Funerarios y/o Accidentes Personales? SI NO . En caso afirmativo, de detalles:

¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada o anulada alguna Póliza de Seguro de Salud, Funerarios y/o Accidentes Personales? SI NO . En caso afirmativo, de detalles:

### OTROS SEGUROS DE PERSONAS

Favor indicar que otras Poliza de Seguro mantiene usted vigente con Seguros Altamira u otra(s) Compañía(s) de Seguros

Compañía	Nº de Póliza	Suma Asegurada

**Observaciones y/o explicación de detalles:**

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_, en mi condición de Propuesto **Asegurado Titular** declaro formalmente, mediante la firma de esta solicitud, la cual formara parte integrante de la Póliza de ser emitida que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad el riesgo con el fin de influenciar a **LA COMPAÑÍA** para que suscriba la Póliza.

Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptación del riesgo por parte de **LA COMPAÑÍA** ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada a menos que antes hubiere hecho una proposición; no obstante, si dicha Póliza fuese emitida esta solicitud servirá como base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

**DECLARACION DE FE DEL TOMADOR:** Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_, **Declaro que** el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, 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 a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias, Estupefacientes y Psicotrópicas.

\_\_\_\_\_  
INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_  
TOMADOR

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 1,2,3 y PH, Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital

Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas, mediante Oficio Nro. \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.