

PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGIA Y AMBULATORIO

En base a la información suministrada en esta solicitud la empresa de seguros tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que la misma debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas y debidamente firmada por el tomador y el asegurado.

Tipo de movimiento: Inclusión <input type="checkbox"/> Exclusión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/>	Fecha efectiva:	N° de póliza:	N° de certificado:
--	-----------------	---------------	--------------------

Datos del tomador

Apellidos y nombre / Razón social:				N° de cédula o R.I.F.:					
				V <input type="checkbox"/>		J <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/>	
N° de pasaporte:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado civil:		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Dirección de residencia:				Teléfono de residencia:					
Lugar de nacimiento:		País:		Estado:		Ciudad:		Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento:		Edad:	Peso:	Estatura:	Oficio u ocupación:				
Ingreso anual Bs.		Actividad económica (ramo): _____							
		Independiente <input type="checkbox"/>				Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			
Dirección de oficina:						Teléfono de oficina:			

Datos del propuesto asegurado titular

Apellidos y nombre / Razón social:				N° de cédula o R.I.F.:					
				V <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/>			
N° de pasaporte:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado civil:		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Dirección de residencia:				Teléfono de residencia:					
Lugar de nacimiento:		País:		Estado:		Ciudad:		Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento:		Edad:	Peso:	Estatura:	Oficio u ocupación:				
Ingreso anual:		Actividad económica (ramo): _____							
		Independiente <input type="checkbox"/>				Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			
Dirección de oficina:						Teléfono de oficina:			

Riesgos cubiertos (El tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales)

Coberturas:	Suma Asegurada Bs.	Deducible Bs.	Aplicable a
Hospitalización			
Maternidad			
Odontológico			
Muerte Accidental			<input type="checkbox"/> Titular solo <input type="checkbox"/> Grupo Familiar
Incapacidad			<input type="checkbox"/> Titular solo <input type="checkbox"/> Grupo Familiar
Gastos Funerarios			<input type="checkbox"/> Titular solo <input type="checkbox"/> Grupo Familiar

Dependientes a incluir

N°	Apellidos y nombres	N° de C.I. o Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo		Peso	Estatura	Ocupación
					F	M			
1									
2									
3									
4									
5									
6									

