



**Seguros
Horizonte, C.A.**

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos
5,6,7,8,12,14
Chacao, Estado Miranda. Rif.: J000188661
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el
N° 48

Capital Suscrito y Pagado: 5.990.000.000,00
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de
Venezuela"

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

1.- RAMOS	N°: DE PÓLIZA	PLAN	SUMA ASEGURADA
GASTOS DE TERRENO <input type="checkbox"/>			
ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>			
GASTOS FUNERARIOS <input type="checkbox"/>			
H.C.M. <input type="checkbox"/>			
VIDA <input type="checkbox"/>			

2.- DATOS DEL TOMADOR

TOMADOR: _____ **RIF:** _____

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: _____

3.- DATOS DEL SOLICITANTE (TITULAR)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **CÉDULA DE IDENTIDAD:** _____

FECHA INGRESO (FZA. O EMPRESA): _____ **FUERZA:** _____ **GRADO:** _____ **SITUACIÓN: ACTIVO** **ESTADO** **SOLT** **DIV** **OTRO** **SEXO** **M**
PENSIONADO **CIVIL:** **CASADO** **VIUDO** **F**

OCUPACIÓN: _____ **CARGO:** _____ **DIRECCIÓN:** _____

TELÉFONO (S): _____

4.- ESTADO DE SALUD DEL TITULAR

A.- GOZA USTED DE BUENA SALUD SI NO **EN CASO NEGATIVO**

DETALLE: _____

B.- FUMA USTED HABITUALMENTE SI NO **EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE QUE CANTIDAD APROXIMADAMENTE CONSUME DIARIAMENTE:**

C.- EN CASO QUE EL TITULAR SEA DE SEXO MASCULINO; SU CÓNYUGE SE ENCUENTRA ES ESTADO DE GRAVIDEZ SI NO
EN CASO QUE EL TITULAR SEA DE SEXO FEMENINO; SE ENCUENTRA ES ESTADO DE GRAVIDEZ SI NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE EL NÚMERO DE MESES DE EMBARAZO: _____

D.- HA PRESENTADO USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES, A INCLUIR EN LA PÓLIZA, RECLAMOS BAJO OTRA PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN SI NO
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL NOMBRE DEL AFECTADO: _____ **COMPañÍA DE SEGUROS:** _____

5.- BENEFICIARIOS Y/O FAMILIARES A SER INCLUIDOS EN LA PÓLIZA

FECHA Y CAUSA:	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA DE IDENTIDAD	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIST. SUM. ASEG. %		RAMOS		PRIMAS
						VIDA	ACC. P	H.C.M.	G.F.	

6.- OBSERVACIONES:

LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA COMIENZA DESDE _____ HASTA EL _____
RENOVABLE ANUALMENTE DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS, ASIMISMO LOS PLAZOS DE ESPERA COMIENZAN A REGIR A PARTIR DE LA FECHA DEL PRIMER PAGO DE PRIMA A MENOS QUE MEDIANTE UN ANEXO SE INDIQUE LO CONTRARIO. YO, EL SOLICITANTE CONFIRMO LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS INDICADA Y QUE NADA HE OMITIDO, OCULTADO O DISIMULADO QUE PUEDA MODIFICAR EL ANÁLISIS DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA Y ACEPTO QUE EN CASO DE ALGUNA DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA O RETICENCIA POR MI PARTE, ESTA SEA CAUSA DE NULIDAD DE ESTE CONTRATO, DEL CUAL ESTA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE. IGUALMENTE AUTORIZO A SEGUROS HORIZONTE, C.A., PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI ESTADO DE SALUD A TODOS LOS MÉDICOS, CLÍNICAS U HOSPITALES O INSTITUCIONES QUE ME HAYAN ASISTIDO O ME ASISTAN EN EL FUTURO Y RELEVO A TODOS ELLOS DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL Y DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUEDA DERIVARSE DE TALES INFORMACIONES.

LOS ESPACIOS SOMBREADOS DEBERÁN SER LLENADOS ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL MILITAR.

LOS ESPACIOS EN BLANCO DEBERÁN SER LLENADOS TANTO POR EL PERSONAL MILITAR, COMO POR LOS SOLICITANTES PARTICULARES.

AUTORIZACIÓN:
 ASIMISMO AUTORIZO EL DESCUENTO MENSUAL POR NÓMINA DE _____ CUOTAS, DE Bs. _____ C/U, EFECTIVA A PARTIR DEL MES _____, PAGANDO EN FORMA ANTICIPADA Bs. _____ COMO PARTE INICIAL DE LA PRIMA ANUAL CORRESPONDIENTE Y ME COMPROMETO A VERIFICAR EL DESCUENTO CONVENIDO, CONSCIENTE QUE SI POR ERROR DE LA FUERZA A LA CUAL ESTOY ADSCRITO O DEL IPSFA, NO SE REALIZAN LOS DESCUENTOS RESPECTIVOS, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ EN LA OBLIGACIÓN DE OTORGARME COBERTURA.
 LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD, PREVIO ANÁLISIS DE LA MISMA EN CUYO CASO SE EMITIRÁ EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE.

DECLARO "QUE EL DINERO UTILIZADO (POR MI REPRESENTADA) PARA EL PAGO DE LA(S) PRIMA(S) DE LA(S) PÓLIZA(S) SUSCRITA(S), PROVIENEN DE UNA FUENTE LÍCITA Y POR LO TANTO NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON DINERO DE CAPITALES, BIENES, HABERES Y 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.

7.- NOMBRE DEL PRODUCTOR	8.- CÓDIGO PRODUCTOR	9.- FECHA SOLICITUD	10.- FIRMA DEL SOLICITANTE
--------------------------	----------------------	---------------------	----------------------------

INSTRUCTIVO

- 1.- RAMOS: Indique marcando con una equis (X) el (los) recuadro(s) que corresponda(n), según el (los) ramo(s) que desee solicitar (el ramo Gastos de Terreno, aplica sólo para el personal militar).
- Nº. DE PÓLIZA: Espacio destinado para ser llenado por la Compañía de Seguros.
- PLAN: Espacio destinado para ser llenado por la Compañía de Seguros.
- SUMA ASEGURADA: Espacio destinado para ser llenado por la Compañía de Seguros.
- 2.- DATOS DEL TOMADOR: Anote el nombre, dirección y RIF del Tomador.
- 3.- DATOS DEL SOLICITANTE (TITULAR): Indique todos los datos que se le piden en los espacios destinados para tal fin, (los campos; Fuerza, Grado y Situación llénelos sólo si usted es militar activo, retirado o sobreviviente) y marque con una equis (x)el estado civil y sexo a la situación que corresponda.
- 4.- ESTADO DE SALUD DEL TITULAR: Responda sin dejar espacio en blanco,todas las preguntas que se formulan.
- 5.- BENEFICIARIOS Y/O FAMILIARES A SER INCLUIDOS EN LA PÓLIZA: Indique sin obviar ninguno de los datos que se le solicitan en estos espacios, exceptuando el espacio correspondiente al monto de Primas, el cual será llenado por la Compañía de Seguros.
- DISTRIBUCIÓN SUMA ASEGURADA %: Indique en porcentaje (%) la forma en la cual desea distinguir la suma asegurada en caso de su fallecimiento, en los ramos de "Vida" y "Accidentes Personales", el resultante de la sumatoria de estos dos renglones debe ser siempre igual a 100%.
- RAMOS: Marque con una equis si desea incluir al(los) familiar(es) en los ramos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.
- 6.- OBSERVACIONES: Espacio destinado para ser llenado por la Compañía de Seguros.
- 7.- NOMBRE DEL PRODUCTOR: Indique el primer nombre y el primer apellido de su Productor.
- 8.- CÓDIGO DEL PRODUCTOR: Indique el código de su Productor.
- 9.- FECHA SOLICITUD: Señale la fecha en que fue elaborada la solicitud.
- 10.- FIRMA DEL SOLICITANTE: Estampe su firma en señal de conformidad.