

## SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PAGO UNICO POR CANCER

Inclusión  Exclusión  Actualización

Datos del Tomador			
Apellidos y Nombres/Razón Social:			N° C.I./Pasaporte/RIF:
Oficio u Ocupación: Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	N° Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
Dirección de Oficina:			
País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Sector:	Zona Postal:	Avenida:	Calle:
Tipo de Local: Quinta <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> Centro Empresarial/Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Nombre de Quinta/Torre:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			Ingreso Mensual (Bs.):
<b>Si el Tomador es Persona Jurídica Responda Adicionalmente</b>			
Fecha de Constitución de la Empresa:		Naturaleza de la Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			
Nombre del Registro Mercantil:			
Circunscripción Judicial:			
Fecha:	Número:		Tomo:
<b>Datos del Representante Legal</b>			
Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad/Pasaporte/RIF. N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			Ingreso Mensual (Bs.):
Oficio u Ocupación: Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			

Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):	Avenida:	
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	Nº Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
Dirección de Oficina:			
País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Sector:	Zona Postal:	Avenida:	Calle:
Tipo de Local:			Nombre de Quinta/Torre:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
<b>Datos Básicos del Propuesto Asegurado Titular</b>			
Primer Apellido del Titular:		Segundo Apellido del Titular:	
Primer Nombre del Titular:		Segundo Nombre del Titular:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Cedula de Identidad/Pasaporte/Rif: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Estatura:	Peso: Kg.
Oficio u Ocupación:			
Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):	Avenida:	
Calle:	Tipo de Vivienda:	Nombre de Residencia:	Nº Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		Tiempo en el Cargo:	Ingreso Mensual (Bs.):
Dirección de Oficina:			
País:	Estado:	Ciudad:	
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:	
Sector:	Zona Postal:	Avenida:	Calle:
Tipo de Local:			Nombre de Quinta/Torre:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	

Enviar información a la dirección de:  
 Habitación  Oficina  Otro:

**Capacidad Económica Promedio Mensual (Bs.)**

**Coberturas**

**Seguro de Vida**  **Seguro Funerario**  Moneda: Bs.

**Riesgo Cubierto** **Suma Asegurada**

Cáncer Femenino

**Cuota para el Pago de la Prima**

Frecuencia de Pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual  Tipo de Moneda: Bs.

**Forma de Pago de la Prima**

Por Cheque  Por Transferencia  Por Domiciliación de cobro:

Tipo de Instrumento: Cuenta Corriente  Cuenta de Ahorro  Tarjeta de Crédito

Número de Cuenta o Tarjeta para la Domiciliación:

Banco emisor de la Cuenta o Tarjeta indicada para la Domiciliación:  Fecha de Vencimiento de la Tarjeta:

El pago de primas en dinero en efectivo no está permitido. Los pagos de primas se deben emitir a través de cheques no endosables a nombre de Seguros Caroní S.A., tarjetas de crédito o transferencias bancarias.

Como Propuesto ASEGURADO TITULAR de la Póliza Individual de Seguros Caroní S.A., autorizo al banco asignado para que realice el cargo a la cuenta o tarjeta de crédito indicada, de la prima correspondiente a las coberturas seleccionadas y de acuerdo a la forma de pago.

Toda vez que EL ASEGURADO TITULAR haya autorizado el débito en su cuenta, se compromete a mantener el monto necesario para realizar dicho cobro de acuerdo a la forma de pago autorizada. En caso de renovación o sustitución de la tarjeta de crédito, autorizo al Banco a informar a Seguros Caroní S.A. el nuevo número asignado.

**Beneficiarios**

Nº Benef.	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Nº de C.I.	Sexo	Parentesco	% de Participación
1						
2						
3						
4						
						<b>100%</b>

**Beneficiario 1**, Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si  No . En caso negativo, indíquela:

Dirección de Habitación:

País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	Nº Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
<b>Beneficiario 2</b> , Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:			
Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	Nº Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
<b>Beneficiario 3</b> , Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:			
Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	Nº Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
<b>Beneficiario 4</b> , Dirección de habitación igual a la del Asegurado Titular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso negativo, indíquela:			
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	
Dirección de Habitación:			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización (Sector/Barrio/Zona Postal):		Avenida:
Calle:	Tipo de Vivienda: Quinta. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>	Nombre de Residencia:	Nº Apto/Casa:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E-mail:	

Otras Pólizas					
Nº Póliza	Compañía	Suma Asegurada	Antigüedad	Vigencia	Tipo de Seguro
En caso de Pólizas rechazadas, indique las razones:					

Declaración de Salud del Propuesto Asegurado Titular	
<b>1. Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de:</b>	
a. ¿Cáncer, tumores, quistes, pólipos, papiloma, mioma, melanoma o en cualquier caso crecimiento anómalo de algún órgano o materia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. ¿Diabetes, azúcar o sangre en la orina, ganglios linfáticos inflamados, enfermedad de las tiroides u otras glándulas, enfermedad de la piel, enfermedad de tipo mental o nerviosa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. ¿Dolor en el pecho, hipertensión, soplo cardíaco u otra enfermedad circulatoria o del corazón, anemia aplásica u otra enfermedad de la sangre?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. ¿Hepatitis, enfermedad del aparato reproductor, enfermedades de transmisión sexual o venérea?.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. ¿Dentro de los últimos cinco (5) años ha(n) recibido Transfusiones Sanguíneas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f. ¿Enfermedad del hígado, del páncreas o del aparato digestivo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g. ¿Asma, enfermedades del pulmón u otra enfermedad respiratoria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
h. ¿Defecto severo de la vista o del oído, deformidad física, enfermedades o condiciones relacionadas a las articulaciones, columna vertebral o de los discos intervertebrales, tales como artritis, reumatismo, dolores en la espalda o articulaciones o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
i. ¿Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado al mismo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
j. ¿Pruebas sanguíneas positivas para anti cuerpos del virus del SIDA (HIV)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
k. ¿Trastorno en los senos u órganos femeninos?	
2. ¿Ha consultado algún médico para ser examinado, tratado, aconsejado u operado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido ud. examinado a través de electrocardiograma, rayos-x, análisis de sangre u otro examen para diagnósticos durante los últimos 5 años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos durante los últimos 5 años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no se hubiera realizado durante los últimos 5 años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene ud. la intención de buscar consejo médico, tratamiento, cirugía o hacer cualquier examen médico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Consume bebidas alcohólicas o usa Drogas? (indique tipo, frecuencia semanal y cantidad)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido tratado por alcoholismo o adicción a las drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

9. ¿En la actualidad está tomando algún medicamento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Fuma cigarrillos? (En caso afirmativo declare frecuencia diaria)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo declare frecuencia diaria)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Practica usted algún deporte?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. ¿Piensa ud. cambiar de ocupación?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. ¿Planea viajar o establecer su residencia fuera del país en que reside actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b>	

### Declaración de Fe

Yo el TOMADOR, declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) póliza(s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni he ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo. Estoy informado que cualquier declaración falsa y reticencia de mala fe, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones. Mediante la presente autorizo a la compañía Seguros Caroní S.A. a verificar la información suministrada en la presente solicitud e igualmente autorizo a todos los médicos, personas afines y a todas aquellas Clínicas o Instituciones Hospitalarias que me hayan atendido, para que suministren información completa contenida en mi historia clínica.

Yo el Tomador declaro, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y, no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Firmado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

### Firmas

\_\_\_\_\_  
Intermediario de Seguros

\_\_\_\_\_  
Por Seguros Caroní S.A.

\_\_\_\_\_  
Por el Tomador

\_\_\_\_\_  
Propuesta Asegurado Titular

\*\* Sólo si posee algún Riesgo Cubierto que cubra Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente