



Multinacional de Seguros, C.A.

Capital Bs. 44.000.000,00
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 91
Caracas - Venezuela
R.I.F.: J-09013400-0

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE:

- I VIDA
II ACCIDENTES PERSONALES
III HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

Contratante:		Rif o C.I.:		e-mail:	
Dirección:				Teléfono:	
DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre del Asegurado:		Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	C.I.:
Edo. Civil:	Fecha de Ingreso:	Ingreso Mensual:	Profesión u Ocupación:		
COBERTURAS SOLICITADAS					
De todas las coberturas aquí indicadas el solicitante tendrá la facultad de escoger libremente las que desee y en ningún caso estará obligado a tomar todas y cada una de las coberturas indicadas.					
I SEGURO DE VIDA	CAPITAL Bs.	II SEGURO DE ACCIDENTES	CAPITAL Bs.	III SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD	
Seguro Básico de Vida		Muerte accidental			
Indemnización por muerte accidental		Invalidez total y permanente		Plan Básico	
Indemnización por desmembramiento o Inhabilitación total y permanente		Indemnización semanal		Cobertura de gastos médicos Mayores de Bs.	
Pago de capital por Incapacidad					
Gastos de entierro para los familiares c/u		Gastos Médicos			

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos	Parentesco	Código	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Beneficiarios en caso de muerte del titular		Cobertura de gastos de entierro Familiares		Familiares Asegurados En H.C.M.	
							%	%	Si	No	Si	No
							Accidentes Personales	Vida				
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

100% 100%

OBSERVACIONES:

- La cobertura de gastos de entierro sólo procede para los siguientes familiares: cónyuge o concubina, padre e hijos menores de 23 años de edad.
- Indicar con una equis (x) los familiares que gozarán de las coberturas de gastos de entierro y del seguro de H.C.M.
- La distribución de la suma asegurada en caso de muerte del titular debe sumar el 100%

INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL SOLICITANTE

Peso: _____ Kgrs. Estatura: _____ mts. ¿Qué deporte práctica?: _____

¿Realiza vuelos en avionetas, helicópteros o cualquier otro tipo de aeronave no comercial?

No ____ Si ____

En calidad de: Pasajero _____ Piloto _____, N° de Licencia _____ De detalles en cuanto a experiencia y horas de vuelo anuales _____

¿Tiene otra Póliza de Seguro de: Vida, Accidentes Personales y Hospitalización? _____, en caso afirmativo, indique la fecha, el monto del Seguro y la Compañía: _____

¿Le ha sido rechazada una Solicitud de Seguro de: Vida, Accidentes Personales u Hospitalización? _____, en caso afirmativo, indique la causa del rechazo y la Compañía: _____

¿Usted o alguno de sus familiares ha sido intervenido quirúrgicamente? _____, en caso afirmativo de detalles: _____

¿Ha padecido Usted o alguno de sus familiares de alguna enfermedad o de algún defecto físico? _____ en caso afirmativo, de detalles: _____

¿Considera que tanto usted como sus familiares gozan de buena salud? _____ La Solicitante o la esposa del Solicitante o a quien se designe como tal, debe contestar las siguientes preguntas: ¿Está Usted actualmente en cinta? SI ____ NO ____ ¿Cuántos meses? ____

OBSERVACIONES:

Declaro que todos los datos anteriores son ciertos y verídicos y autorizo a cualquier Médico que haya examinado o tratado a mí o a mis familiares o que nos examine o tratare en lo futuro, para que proporcione a MULTINACIONAL DE SEGUROS, C.A., toda la información que ésta pueda requerir sobre tales exámenes o tratamientos.

Asimismo convengo que, como los datos de esta solicitud serán considerados la base para la emisión de la (s) Póliza (s), en caso de que los mismos no sean ciertos ni verídicos, MULTINACIONAL DE SEGUROS, C.A. queda librada de toda responsabilidad con respecto a las obligaciones de la (s) Póliza (s).

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE LOS FONDOS

Yo (El Tomador), _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, actuando como representante de la empresa _____, identificada con el Registro de Información Fiscal Nro. _____, por medio del presente documento declaro bajo fe de juramento que durante el período que permanezca vigente la relación comercial o de negocio con esta Institución de Seguros en lo atinente a los capitales, haberes, valores o títulos, objeto de la cartera o negociación, que sean abiertas en (Multinacional de Seguros, C.A. RIF. J-09013400-0) tiene una procedencia y un destino lícito y por lo tanto no tiene relación con dinero, capitales, valores o títulos que se consideren producto de las actividades o acciones a que se refiere la Providencia 1.150 de fecha 01 de Octubre de 2004 y demás regulaciones vigentes sobre Prevención, Control y Fiscalización de las Operaciones de Legitimación de Capitales aplicables todos los sujetos regulados en la Ley de la Actividad Aseguradora (*). Asimismo, declaro que todos los datos por mí suministrados a (Multinacional de Seguros, C.A. RIF. J-09013400-0), son veraces y completos en lo que respecta a las normas que rigen la materia y por lo tanto autorizo a Multinacional de Seguros, C.A., a verificar toda la información suministrada sin perjuicio de lo previsto en los Contratos de Multinacional de Seguros, C.A., de conformidad con las Resoluciones o Normativas dictadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y demás disposiciones que regulan la materia”.

Artículo 4 de la Ley Contra la Delincuencia Organizada. “Quien por sí o por interpuesta persona sea propietario o poseedor de capitales, bienes, haberes o beneficios cuyo origen derive, directa o indirectamente, de actividades ilícitas o de delitos graves, será castigado con prisión de ocho a doce años y multa equivalente al valor del incremento patrimonial ilícitamente obtenido”.

Lugar y Fecha

Firmas

EL TOMADOR

EL ASEGURADO

EL PRODUCTOR

(*) Ley Orgánica de Drogas. Publicada en Gaceta Oficial bajo el Nro. 39.510 de fecha 15 de Septiembre de 2010.

(*) Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada. Publicada en Gaceta Oficial bajo el Nro. 5.789 de fecha 26 de Octubre de 2005.

(*) Ley de la Actividad Aseguradora. Publicada en Gaceta Oficial bajo el Nro. 39.481 de fecha 5 de Agosto de 2010 y reimpressa en G.O N° 5.990 Extraordinario, de fecha 29 de Julio de 2010.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante oficio N° 02994 de fecha 25 de Mayo de 1990