



C.A. de SEGUROS
AMERICAN
INTERNATIONAL

R.I.F. N° J – 00053617-1
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 66

FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

**SOLICITUD DE SEGUROS DE HOME PLUS
COLECTIVO - PÓLIZA COMBINADA DEL HOGAR**

I. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres/ Razón Social:			Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica		
Nro. de CI./Pasaporte/RIF:	Nro. de NIT:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:		
Lugar de Nacimiento:	País:	Nacionalidad:	Ingreso Promedio Anual (Bs.F.): <input type="checkbox"/> <10 M <input type="checkbox"/> >10 M <input type="checkbox"/> >30 M <input type="checkbox"/> Otro		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):	Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Datos del Registro Mercantil (Personas Jurídicas)					
Nombre del Registro Mercantil:		Fecha:	Nro.:	Tomo:	País:
Estado:	Ciudad:	Actividad a la cual se dedica:		Ingreso Anual (Bs.F.): <input type="checkbox"/> <10 M <input type="checkbox"/> >10 M <input type="checkbox"/> >30 M <input type="checkbox"/> Otro	
Representante Legal de la Empresa					
Apellidos y Nombres:		N° de Cédula / Pasaporte:		Cargo que Ocupa en la Empresa:	
Fecha y N° del Oficio en que fue designado por la Junta Directiva como Representante Legal:					

II. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de la Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada
Teléfono de Habitación-Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

III. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa donde Trabaja:		Cargo que Desempeña:	
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Oficina:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

IV. DIRECCIÓN DE COBRO

<input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otra: Indique:			
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Hab., Ofic. U Otra:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

Coberturas	Suma Asegurada (Bs.F.)
Seguros de Responsabilidad Civil Extracontractual Familiar	
Opcionales	
Motín	
Terremoto	
Servicio Domiciliario	
Hurto	

IX. TARJETAS DE CRÉDITOS AMPARADAS

Nombre de la Tarjeta	Nro. de Tarjeta	Ente Emisor	Límite (Bs.F.)

X. EQUIPOS ELECTRÓNICOS

Bienes	Marca	Modelo	Seriales	Suma Asegurada (Bs.F.)
Computador				
Fax				
Impresora				
Total Equipos Electrónicos (Bs.F.)				

Nota: Si el espacio establecido anteriormente es insuficiente para la declaración de bienes, favor anexar lista de la información faltante al final de la planilla.

Los equipos electrónicos estarán cubierto contra los mismos riesgos del plan seleccionado para el contenido.

¿Desea cubrirlos adicionalmente contra los riesgos propios de equipos electrónicos? Sí No

XI. ARTÍCULOS FOTOGRÁFICOS

Bienes	Marca	Modelo	Seriales	Suma Asegurada (Bs.F.)
Total Artículos Fotográficos (Bs.F.)				

Nota: Si el espacio establecido anteriormente es insuficiente para la declaración de bienes, favor anexar lista de la información faltante al final de la planilla.

XII. INSTRUMENTOS MUSICALES

Bienes	Marca	Modelo	Seriales	Suma Asegurada (Bs.F.)
Total Artículos Musicales (Bs.F.)				

Nota: Si el espacio establecido anteriormente es insuficiente para la declaración de bienes, favor anexar lista de la información faltante al final de la planilla.

XIII. TOTALES INDIQUE LAS SUMAS ASEGURADAS Y SELECCIONE CON UNA "X" EL PLAN SELECCIONADO

Partidas	Sumas Aseguradas (Bs.F.)	Plan Básico	Plan Total
a) Total Mobiliario			
b) Total Artículos Valiosos Menores			
Total contenido (a+b)			
Edificación			
Total Equipos Electrónicos			
Total Objetos Valiosos Mayores			
Porcentaje de revalorización anual aplicable al mobiliario, artículos valiosos menores y edificación. <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> Otro %			

XIV. CUESTIONARIO**Responda las siguientes preguntas si desea tomar la Cobertura de Servicios Funerarios y/o Accidentes Personales**

1. Cotiza en el Seguro Social Obligatorio Si No
2. Realiza usted o alguna de las personas a incluir actividades fuera de la oficina? En caso afirmativo, indique quien o quienes y qué actividad realiza: Si No
3. Realiza usted o alguna de las personas a incluir trabajos manuales? En caso afirmativo, detalle cuales y frecuencia: Si No
4. Utiliza usted o alguna de las personas a incluir corriente eléctrica? En caso afirmativo, detalle con que fin e indique frecuencia y voltaje con que trabaja: Si No
5. Viaja usted o algunas de las personas a incluir como pasajeros en aviones, avioneta o helicópteros particulares? En caso afirmativo, indique frecuencia y uso: Si No
6. Usted o algunas de las personas a incluir ha padecido o padece de alguna enfermedad?. En caso afirmativo, indique el tipo de enfermedad y desde cuando la padece: Si No
7. Usted o algunas de las personas a incluir ha sido hospitalizado al menos un día en los últimos seis (6) meses? En caso afirmativo, indique quien o quienes y las causas y fechas de la hospitalización : Si No
8. Usted o algunas de las personas a incluir tiene el hábito o ha dejado el hábito de fumar cigarrillos? En caso afirmativo, indique quien o quienes y el número de cigarrillos que fuma o fumaba, según sea el caso: Si No
9. Usted o algunas de las personas a incluir ha sufrido de algún accidente? En caso afirmativo, indique fecha, lesión y secuela: Si No
10. Usted o algunas de las personas a incluir tiene algún defecto físico? En caso afirmativo, detalle el defecto que tiene: Si No
11. Usted o algunas de las personas a incluir tiene o está contratando un seguro de vida, Accidentes Personales u Hospitalización con otra compañía? En caso afirmativo, indique el número de póliza y compañía: Si No
12. Le han rechazado alguna póliza? En caso afirmativo, indique la compañía y las razones: Si No
13. Es usted piloto o personal de la tripulación de aviones, avionetas o helicópteros? En caso afirmativo, especifique: Si No
14. Practica usted o alguna de las personas a incluir deportes como aficionado, como profesional o tiene algún hobby? En caso afirmativo, especifique: Si No

Desea tomar la cobertura de Servicios Funerarios: Si No
Si la respuesta fue afirmativa, Favor indicar lo siguiente:

XV. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A INCLUIR (EN ADICIÓN AL ASEGURADO PROPUESTO)

Parentesco	Apellidos y Nombres	N° C.I.	Fecha de Nac.	Sexo	Edo. Civil	Teléfono
Cónyuge						
Hijo 1						
Hijo 2						
Hijo 3						
Madre						
Padre						

XVI. DIRECCIONES DEL GRUPO FAMILIAR

Están residenciados en la misma dirección del tomador de la Póliza? Si No
En caso negativo suministre la dirección.

Parentesco	Dirección
Cónyuge	
Hijo 1	
Hijo 2	
Hijo 3	
Madre	
Padre	

XVII. DATOS DE LOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO PROPUESTO A SER INCLUIDOS

Empleados	Apellidos y Nombres	N° C.I.	Fecha de Nac.	Sexo	Edo. Civil	Teléfono
Empleado 1						
Empleado 2						
Empleado 3						
Empleado 4						
Empleado 5						
Empleado 6						
Empleado 7						

XVIII. DIRECCIÓN DE LOS EMPLEADOS

Empleado 1	
Empleado 2	
Empleado 3	
Empleado 4	
Empleado 5	
Empleado 6	
Empleado 7	

XIX. COBERTURAS Y SUMAS SOLICITADAS SERVICIOS FUNERARIOS

Plan de Seguro Solicitado:

Insuperable Supremo Óptimo

Sólo podrá tomar uno de los siguientes amparos adicionales:

Gastos de Inhumación: Gastos de Cremación:

Suma Solicitada (Bs.F.):

1.000,00 Bs.F. 2.000,00 Bs.F.
 3.000,00 Bs.F. 4.000,00 Bs.F.
 5.000,00 Bs.F. 6.000,00 Bs.F.
 7.000,00 Bs.F.

Desea tomar la cobertura de Accidentes Personales: Si No
 Si la respuesta fue afirmativa, Favor indicar lo siguiente:

XX. ASEGURADO PROPUESTO Y FAMILIARES A INCLUIR

Parentesco	Apellidos y Nombres	N° C.I.	Fecha de Nac.	Sexo	Edo. Civil	Teléfono
Cónyuge						
Hijo 1						
Hijo 2						
Hijo 3						
Madre						
Padre						

XXI. DIRECCIONES DEL ASEGURADO PROPUESTO Y FAMILIARES A INCLUIR

Están residenciados en la misma dirección del tomador de la Póliza? Si No
 En caso negativo suministre la dirección.

Parentesco	Dirección
Asegurado Propuesto	
Cónyuge	
Hijo 1	
Hijo 2	
Hijo 3	
Madre	
Padre	

XXII. SUMAS SOLICITADAS ACCIDENTES PERSONALES

Parentesco	Sumas Solicitadas (Bs.F.)		
	Muerte	Invalidez Permanente	Gastos Médicos
Asegurado Propuesto			
Cónyuge			
Hijo 1			
Hijo 2			
Hijo 3			
Madre			
Padre			

XXIII. DATOS DE LOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO PROPUESTO A SER INCLUIDOS

Empleados	Apellidos y Nombres	N° C.I.	Fecha de Nac.	Sexo	Edo. Civil	Teléfono
Empleado 1						
Empleado 2						
Empleado 3						
Empleado 4						
Empleado 5						

XXIV. DIRECCIONES DE LOS EMPLEADOS

Empleado 1	
Empleado 2	
Empleado 3	
Empleado 4	
Empleado 5	

XXV. EMPLEADOS DEL ASEGURADO PROPUESTO A SER INCLUIDOS

Empleados	Sumas Solicitadas (Bs.F.)		
	Muerte	Invalidez Permanente	Gastos Médicos
Empleado 1			
Empleado 2			
Empleado 3			
Empleado 4			
Empleado 5			

XXVI. DOMICILIACIÓN DE PAGO

Cuentas Bancarias: Banco del Caribe Banco de Venezuela Banco Mercantil C. A. (Banco Universal)

Banco Provincial Banesco

Tipo de Cuenta: Corriente Ahorro Número de Cuenta: _____

Tarjeta de Crédito Visa Master Card Banco Emisor: _____

Número de Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Forma de Pago: Total Inicial Giros

CONTRATO

I. El contenido de este documento regula la autorización de débito permanente de las cuentas de EL CLIENTE para el pago de cuotas o cualquier otro concepto definido en el (los) contrato (s) de pagos de primas de seguros que sean celebrados entre EL CLIENTE y C.A. de Seguros American International.

II. A los efectos de este documento se definen los siguientes términos.

-CUENTA: Identificará a las cuentas de ahorros, cuentas corrientes, tarjetas de crédito o cualquier otro tipo de cuenta que tenga el cliente contratada con EL BANCO o ENTIDAD AUTORIZADA.

-CLIENTE: Persona natural o jurídica que haya celebrado un contrato con C.A. de Seguros American International y que tenga cuenta con EL BANCO o ENTIDAD AUTORIZADA.

-EL BANCO o ENTIDAD AUTORIZADA: Empresa bancaria o de servicios de crédito en la cual el cliente mantiene su cuenta, definido en el contrato de pago.

III. EL BANCO o ENTIDAD AUTORIZADA de conformidad con lo establecido en el presente documento debitará (cargará) de la cuenta de EL CLIENTE y acreditará en la cuenta de C.A. de Seguros American International, en forma automática con la periodicidad prevista y por las cantidades indicadas en el contrato de pago celebrado entre EL CLIENTE y C.A. de Seguros American International

IV. Todo reclamo derivado de débitos (cargos) indebidos deberá ser tramitado por el cliente ante C.A. de Seguros American International.

V. El cliente con la firma de este documento le otorga a C.A. de Seguros American International la autorización suficiente para realizar ante EL BANCO o ENTIDAD AUTORIZADA los tramites necesarios para ser operativo el presente convenio.

VI. El cliente libera a EL BANCO o ENTIDAD AUTORIZADA de toda responsabilidad derivada de la ejecución del presente convenio.

VII. En caso de renovación de su tarjeta de crédito, EL CLIENTE deberá enviar la copia de anverso a C.A. de Seguros American International.

VIII. En caso de cierre o bloqueo de su (s) cuenta (s), EL CLIENTE deberá notificar a C.A. de Seguros American International, el (los) número (s) de la (s) nueva (s) cuenta (s) en la (s) que se deberán efectuar los débitos (cargos).

IX. Declaro que la información y documentos que he suministrado a C.A. de Seguros American International con motivo de esta autorización son ciertos y autorizo a la empresa a la verificación de los mismos.

Por C.A. de Seguros American International

Firma del titular de la cuenta:

C.I. :

XXVII. DECLARACIÓN DE FE

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formara parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

Firmado en _____ el día ____ del mes de _____ del año _____

Firma del solicitante o Representante Legal

C.I. N° _____

Cargo _____

Firma del Intermediario de Seguros

Código N° _____

(Sello de la Compañía)