

Individual

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR

### PERSONA NATURAL

Apellidos		Nombres		
C.I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		
Ocupación u Oficio	Actividad Económica	Relación Laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro:		Ingreso Promedio Anual Bs.

### PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		Rif		
Razón Social		Nombre Comercial		
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Circunscripción Judicial	Nº Registro	Nº Tomo
Tipo de Actividad <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial		Ingreso Promedio Anual Bs.		Patrimonio Bs.
Representante Legal: Nombres y Apellidos			C.I.	

### DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE LA EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País		Estado		Ciudad	
Municipio		Parroquia		Urbanización	
Av./Calle/Transversal		Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso	Of./Apto. Zona Postal
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2(Cód. y Nº)	Teléfono Celular	E-mail		

### DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)

País		Estado		Ciudad	
Municipio		Parroquia		Urbanización	
Av./Calle/Transversal		Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso	Of./Apto.
Teléfono	Teléfono Celular	Fax (Cód. y Nº)	Zona Postal	E-mail	

### DIRECCIÓN DE COBRO

País	Estado	Ciudad		
Municipio	Parroquia	Urbanización		
Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y N°)	Teléfono 2(Cód. y N°)	Teléfono 3 (Cód. y N°)	Teléfono Celular	Fax(Cód. y N°)

### ASEGURADO TITULAR

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Apellidos		Nombres		
Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		
Ocupación u Oficio	Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial	Relación Laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro:		Ingreso Promedio Anual Bs.

#### DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

País	Estado	Ciudad		
Municipio	Parroquia	Urbanización		
Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y N°)	Teléfono 2 (Cód. y N°)	Teléfono 3 (Cód. y N°)	Teléfono Celular	Fax (Cód. y N°)
Zona Postal	E-mail			

#### GRUPO A ASEGURAR

N° Aseg.	Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I./ Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura Mts.	Peso Kgs.
1							
2							
3							
4							

#### COBERTURAS A CONTRATAR

	Suma Asegurada Bs.	Deducible
<b>Excesos de Salud:</b>		
<b>Otras Coberturas:</b>		
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales		
<input type="checkbox"/> Servicio Oftalmológico		
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico		
<input type="checkbox"/> Servicios Funerarios		

"El Tomador tiene la facultad de elegir libremente las Coberturas opcionales que desee y en ningún caso estará obligado a tomarlas todas y cada una de ellas".



10.8. ¿Enfermedades Osteomusculares: Neuritis, ciática, gota, reumatismo, hernias discales, artritis, desviación de la columna vertebral, problemas en las articulaciones, trastornos de los ligamentos de las rodillas y de los meniscos u otras similares o relacionadas?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.9. Enfermedades del sistema endocrino : Diabetes, obesidad, bocio, enfermedades de la hipófisis, tiroides u otras similares o relacionadas	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.10. Trastornos de la sangre, tumores, excrecencia, cáncer.	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.11. Enfermedades del sistema nervioso, epilepsia, parálisis, retardo mental, mareos, ganglios linfáticos, quistes, tumores benignos, cáncer o ha tenido síntomas de convulsiones, mareos, vértigos u otras similares o relacionadas.	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.12. Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático u otras similares o relacionadas.	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.13. ¿Problema óseo o de las articulaciones, reumatismo, o alguna deformidad o de la pérdida de algún miembro?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.14. ¿Pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
10.15. ¿Anomalía de la vista o auditiva?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
11. ¿Ha sufrido o está sufriendo de alguna enfermedad o padecimiento, no mencionado en las preguntas anteriores?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
12. ¿Tiene (n) prevista alguna intervención quirúrgica, tratamiento médico en los próximos seis (6) meses.	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
13. ¿Ha tenido alguna alteración en la menstruación, en algún embarazo, en los senos u otro órgano femenino?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								
14. ¿Alguna de las mujeres a ser incluida está embarazada?	Si <input type="checkbox"/>								
	No <input type="checkbox"/>								

Para cada pregunta contestada afirmativamente, indique el N° de la pregunta que corresponda e identifique a la persona, según el N° de Asegurado y especifique los detalles en el siguiente cuadro:

N° de Pregunta	N° de Asegurado	Fecha	Enfermedad y/o Padecimiento	Tratamiento / Intervención Quirúrgica	Médico Tratante

Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y documentos relacionados con el padecimiento declarado, así como dirección y teléfonos del médico tratante.

¿Ha padecido o padece algún familiar suyo o del grupo a asegurar de enfermedades mentales, enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, enfermedades de los riñones, tuberculosis, parálisis, apoplejía, hemiplejía, epilepsia, enfermedades de la médula, reumatismo o ha cometido suicidio?  Sí  No - Si la respuesta es afirmativa detalle:

Nombre y Apellido persona a incluir en el seguro	Parentesco con el familiar afectado	Edad	Fallecido	Causa fallecimiento
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

#### BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I. / Pasaporte	% Distribución

#### IMPORTANTE

- Cualquier modificación que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta solicitud, entre la fecha de la firma por el Propuesto Asegurado Titular y la emisión y entrega de la Póliza por la Empresa de Seguros, o durante la vigencia de esta Póliza debe ser participada a la Empresa de Seguros inmediatamente. En tales casos, la Empresa de Seguros se reserva el derecho de rechazar la Solicitud o de anular el contrato o de aplicar una tarifa modificada con el nuevo riesgo determinado por la Empresa de Seguros.
- Las Declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirá el contrato entre el Propuesto Asegurado Titular y la Empresa de Seguros. Pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.

#### DATOS DE LA DOMICILIACIÓN

En caso de pago por alguna de sus tarjetas o cuentas bancarias, señale con cual autoriza el pago y su renovaciones futuras:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente
<b>Tipo de Tarjeta:</b> <input type="checkbox"/> American <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Visa	<b>Fecha de Vencimiento:</b>	
<b>Código:</b>	<b>N° de Tarjeta:</b>	

#### RECAUDOS ADICIONALES

Las copias de los siguientes recaudos adicionales son obligatorias de acuerdo a lo establecido en la providencia N° 000514 de fecha 18 de Febrero de 2011 sobre las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

##### Persona Natural y Representantes Legales Residentes en el País

Cédula de Identidad Vigente

##### Persona Natural y Representantes Legales No Residentes en el País

Pasaporte Vigente

##### Personas Jurídicas Residentes en el País

Registro de Información Fiscal (R.I.F).

Documento Constitutivo de la Empresa.

Estatutos Sociales

Modificaciones de Estatutos Sociales.

Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

En caso de Personas Jurídicas No Residenciadas en el país, deberán consignar los documentos antes mencionados debidamente legalizados en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el respectivo país y traducidos por un intérprete legal público al idioma castellano.

## Autorización y Declaración

Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, exclusiones y plazos de espera, así como los límites de cobertura presentes en la póliza a emitir.

Hago constar que las declaraciones e informaciones que anteceden, incluida la edad, peso estatura y relación de parentesco, son exactas completas y verdaderas y que no he omitido dato alguno sobre la salud de las personas que hayan de ser incluidas en la Póliza.

Autorizo a todos los médicos tratantes y a las Instituciones Hospitalarias que nos hayan atendido clínicamente a mí o a mis familiares, por enfermedad o accidentes en el pasado, en el presente y durante la vigencia de la póliza, para que proporcione toda la información requerida por la Empresa de Seguros, liberándolos de la obligación del secreto profesional. Así mismo, en caso de ser necesario, autorizo a la Empresa de Seguros a realizarnos un reconocimiento médico, para obtener información más completa del estado de salud de las personas a ser incluidas en la póliza y poder efectuar una mejor evaluación del riesgo.

Me comprometo a aceptar la presentación de la Póliza con el certificado que la Empresa de Seguros emite sobre la presente solicitud y de pagar las primas correspondientes.

Declaro en mi carácter de Asegurado Propuesto, bajo juramento, que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo la verificación de la misma, así como el suministrar información a terceros para fines de evaluación del riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional. La Cobertura otorgada entrará en vigor una vez que sea aprobada la solicitud por la Empresa de Seguros.

Y yo, \_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_, el Tomador de la Póliza o en representación del Tomador (Persona Jurídica, con el RIF N° \_\_\_\_\_), doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y el Financiamiento al Terrorismo, según lo establecido en el artículo N° 40 de las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

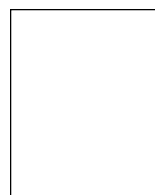
En la Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma Asegurado Titular**  
C.I.:



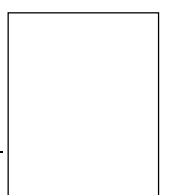
Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
**Firma Tomador**  
C.I.:  
**Rif:**



Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
**Firma Intermediario**  
C.I.:  
**Código:**



Huella Dactilar