



I. DATOS DE LA SOLICITUD				
Póliza Numero:	Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	Suma Asegurada:	
Sucursal:	Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>			
II. DATOS DEL TOMADOR				
Nombres y Apellidos o Razón Social:			Nº C.I, RIF. o Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J	Sexo:
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Edad:	F. de Nacimiento: / /	Lugar de Nacimiento:	Estado:
Datos del Registro Mercantil: Tomo: Número: Fecha: / /		Nombre del Registro		Circunscripción Judicial
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Oficio u Ocupación:
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:		Patrimonio
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular Nº
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular Nº
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		

III. REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA (Cuando el Tomador es Persona Jurídica)				
Nombres y Apellidos:			Nº C.I o Nº Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Oficio u Ocupación:
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:		Patrimonio
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular Nº
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular Nº
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		

IV. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:		N° C.I o N° Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		F.c. de Nac./ Registro CIA.: / /	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo:	Lugar de Nacimiento:		Estado:
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Ocupación u Oficio	
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:		Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:		
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle: _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre: _____			
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Dirección de Correo a(E-mail)	
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	Urbanización:		
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle: _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre: _____			
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			

V. FAMILIARES QUE SE INCLUIRAN EN EL SEGURO

	Nombre y Apellidos	Parentesco	F. de Nacimiento	Sexo	Cedula de Identidad	Oficio u Ocupación
T			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
1			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
2			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
3			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
4			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
5			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
6			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

VI. CUADRO DE BENEFICIOS

Personas Aseguradas	Suma Asegurada Muerte e Invalidez	Gastos Médicos	Indemnización Semanal por Incapacidad Temporal

VII. BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Parentesco	%	Dirección si es distinta

VIII. CUESTIONARIO PARA EL TOMADOR

1. ¿Qué otros Seguros de Accidentes, Hospitalización o Vida tiene Ud. ahora o en proceso de emisión?

Compañía: _____, **Cantidad:** _____, **Tipo de Seguro:** _____

2. ¿Qué proporción de su ganancia semanal representa el total de indemnización semanal bajo todas las pólizas?

Menos del 75% _____ El 75% _____ Más del 75% _____

3. ¿Se le ha presentado alguna vez una solicitud de Seguro de Accidentes, Hospitalización o Vida y cuya solicitud haya sido rechazada o pospuesta o algún Seguro ha sido modificado en sus Condiciones o cuya renovación haya sido denegada? Si No

En caso afirmativo dar detalles completos: _____.

4. ¿Ha estado usted o algún miembro de su familia bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico? Si No

En caso afirmativo dar detalles completos: _____.

5. ¿A su leal saber y entender, Ud. Y todos los miembros de su familia gozan actualmente de buena salud y libre de toda mutilación o deformación física? Si No

En caso afirmativo dar detalles completos: _____.

6. ¿Algunas de las personas Solicitantes adolece de defectos de la vista o de los dedos? Si No

En caso afirmativo dar detalles completos: _____.

7. ¿Contempla alguien realizar un viaje peligroso o efectuar algún acto de naturaleza arriesgada? ? Si No

En caso afirmativo dar detalles completos: _____.

IX. DATOS DE DOMICILIACION

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

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

X. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Yo, el tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, etc., provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada”

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del Tomador

Firma del Propuesto Asegurado Titular

PRODUCTOR

Nombres y Apellidos	Código	Firma
---------------------	--------	-------