

Emisión

Modificación

**I. DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR
PERSONA NATURAL**

(Cédula de Identidad o Pasaporte) Número de Identificación: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		(Procedencia) Nacionalidad:	(País / Ciudad / Localidad) Lugar de Nacimiento:		
(Primer y segundo nombre) Nombres:			(Primer y segundo apellido) Apellidos:		
(dd/mm/aaaa) Fecha de Nacimiento:		(Años) Edad:	(Femenino / Masculino) Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
(Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Otro) Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		(Urbanización, Calle, Avenida, Manzana, Edificio, Número de Casa o Apartamento donde reside) Dirección de Residencia:			
(Estado / Localidad del país en el que reside) Estado:		(Ciudad en la que reside) Ciudad:			
(Municipio / Localidad) Municipio:		(Número de zona postal) Código Postal:			
(Número incluyendo código de área) Telf. de Residencia:		(Número) Celular:	(Dirección de correo electrónico) e-mail:		
(Actividad que desempeña) Actividad Económica: Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:					
(Título profesional obtenido, si es el caso) Profesión:		(Tipo de relación laboral) Relación laboral: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
(Seleccione Intervalo) Ingreso Promedio Anual:	<input type="checkbox"/> 0 Bs. a 50.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 50.001 Bs. a 120.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 120.001 Bs. a 200.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 200.001 Bs. a 300.000 Bs.	<input type="checkbox"/> mayor a 300.001 Bs.
(Nombre de la empresa donde trabaja, si es el caso) Empresa:		(Ubicación de la empresa donde trabaja, si es el caso) Dirección de la empresa:		(Número incluyendo el código de área) Telf. de la Empresa:	

PERSONA JURÍDICA O GUBERNAMENTAL

(Número de Registro de Información Fiscal) R.I.F.: J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		(dd/mm/aaaa) Fecha de Constitución:			
(Denominación) Nombre o Razón Social:		(Nombre comercial, si es el caso) Siglas:			
(Registro Mercantil donde fue inscrita) Registro Mercantil:		(Número de Registro Mercantil) Nro.:	(Indique el Tomo donde fue inscrita) Tomo Nro.:		
(Tipo de actividad que desarrolla) Actividad: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Productos y/o Servicios <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:					
(Actividad a la que se dedica la empresa) Objeto:		(Ubicación de la empresa) Dirección de la empresa:			
(Número incluyendo código de área) Teléfono:		(Dirección de correo electrónico) e-mail:			
(Seleccione Intervalo) Ingreso Promedio Anual:	<input type="checkbox"/> 0 Bs. a 500.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 500.001 Bs. a 700.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 700.001 Bs. a 900.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 900.001 Bs. a 1.100.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 1.100.001 Bs. a 1.500.000 Bs.

Datos del Representante Legal

Apellido(s)	Nombre(s)	Número de Cédula o Pasaporte	Carácter con que actúa	Datos del poder que otorga facultades			
				Registro Mercantil	Nro. de Registro	Tomo	Fecha

En caso de Órganos del Estado, identificar providencia donde se designa el funcionario como representante del órgano y las facultades atribuidas

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el número de registro ES-110.

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio N° SAA-1-1-18375-2014 de fecha 15 de abril de 2015

Nro. Gaceta Oficial:	Nro. Providencia:	Fecha de la Providencia:
-----------------------------	--------------------------	---------------------------------

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR (Llenar sólo en caso de tomador distinto)

(Cédula de Identidad o Pasaporte) Número de Identificación: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		(Procedencia) Nacionalidad:	(País / Ciudad / Localidad) Lugar de Nacimiento:		
(Primer y segundo apellido) Apellidos:			(Primer y segundo nombre) Nombres:		
(dd/mm/aaaa) Fecha de Nacimiento:		(Años) Edad:	(Femenino / Masculino) Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
(Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Otro) Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		(Urbanización, Calle, Avenida, Manzana, Edificio, Número de Casa o Apartamento donde reside) Dirección de Residencia:			
(Estado / Localidad del país en el que reside) Estado:		(Ciudad en la que reside) Ciudad:			
(Municipio / Localidad) Municipio:		(Número de zona postal) Código Postal:			
(Número incluyendo código de área) Telf. de Residencia:		(Número) Celular:	(Dirección de correo electrónico) e-mail:		
(Actividad que desempeña) Actividad Económica: Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:					
(Título profesional obtenido, si es el caso) Profesión:		(Tipo de relación laboral) Relación laboral: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
(Seleccione Intervalo) Ingreso Promedio Anual:	<input type="checkbox"/> 0 Bs. a 50.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 50.001 Bs. a 120.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 120.001 Bs. a 200.000 Bs.	<input type="checkbox"/> 200.001 Bs. a 300.000 Bs.	<input type="checkbox"/> mayor a 300.001 Bs.
(Nombre de la empresa donde trabaja, si es el caso) Empresa:			(Número incluyendo el código de área) Tlf. de la Empresa:		
(Ubicación de la empresa donde trabaja, si es el caso) Dirección de la empresa:					

III. PERSONAS ASEGURABLES

Apellido(s) y Nombre(s)	(dd/mm/aaaa) F. de Nacimiento	(Masculino /Femenino) Sexo	(Número de cédula o Pasaporte) C.I.	Parentesco	Estatura	Peso
				TITULAR		

IV. COBERTURAS BÁSICAS

Plan	Suma Asegurada (Bs.)	Deducible
Póliza Salud General		

V. COBERTURAS ADICIONALES

<input type="checkbox"/> Maternidad	Suma Asegurada:
Otras Coberturas:	

VI. FORMAS DE PAGO DE LA PRIMA

<input type="checkbox"/> De Contado	Condiciones del Fraccionamiento	
<input type="checkbox"/> Fraccionado	Porcentaje primera fracción: ____%	Monto primera fracción ____Bs.
	Nº de fracciones siguientes: ____	Monto de cada fracción siguiente ____Bs.

VII. DECLARACIÓN DE SALUD DEL(LOS) ASEGURADO(S)

Pregunta Nº	Nombre de la persona a Asegurar	Causa o Diagnóstico	Tratamiento	Fecha del Diagnóstico	Nombre de la Clínica o Médico Tratante

X. PAGOS ELECTRÓNICOS DE SINIESTROS

Declaro que los datos de la Cuenta Bancaria son correctos y corresponden al titular de la Póliza arriba indicada. En caso de que la información esté incompleta se procederá a realizar el pago a través de Cheque.

Banco	Tipo de Cuenta	Código Cuenta Cliente			
	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otra	Banco	Oficina	CD	Nro. de Cuenta

XI. AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO DE MENSAJERÍA DE TEXTO

Yo, _____, en calidad del Propuesto Tomador, autorizo a Seguros Caroní, S.A., a realizar envíos de mensajes de texto con la finalidad de contribuir con la gestión de cobro de las pólizas que mantenemos, así mismo le autorizo el envío de correos electrónicos, para el suministro de información relacionada con la póliza.

Firma y Fecha

XII. OBSERVACIONES

Yo, El Tomador y/o Asegurado Titular declaro que:

- He leído cuidadosa y totalmente, todas las preguntas consignadas en el presente interrogatorio y que mis respuestas son verdaderas, amplias completas y exactas.
- Que no he omitido, ocultado ni disimulado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo que pueda modificar la opinión de la compañía aseguradora sobre el riesgo a asumir.
- Que esta solicitud es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima correspondiente, formando parte integrante del contrato.
- Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar el secreto médico.
- Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera de la póliza.
- Que el dinero a utilizar en el pago de la prima de la póliza aquí solicitada proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas contempladas en la normativa vigente en esta materia.

Lugar y Fecha de la Solicitud:

Firma del Tomador	PULGAR DERECHO O EN SU DEFECTO, DE LA MANO IZQUIERDA	Firma Asegurado Titular	PULGAR DERECHO O EN SU DEFECTO, DE LA MANO IZQUIERDA	Firma y Código del Intermediario	Oficina y Código