

Emisión

Modificación

Renovación

(dd/mm/aaaa)

Fecha de la Solicitud: / /

Producto/Póliza Nro.:

**I. DATOS DEL TOMADOR - PERSONA JURÍDICA**

(Número de Registro de Información Fiscal)

R.I.F.: J  G

(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  Industrial  Productos y/o Servicios  Otra  Especifique:

(Actividad a la que se dedica la empresa)

Objeto:

(Tipo de empresa o Institución donde labora)

Sector: Público  Privado

(Ubicación de la empresa)

Dirección de la Empresa:

(Número incluyendo código de área)

Teléfono:

(Número incluyendo código de área)

Fax:

(Dirección de correo electrónico)

e-mail:

Dirección de Cobro:

(Bolívares)

Ingreso Anual:

**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

Nro. Gaceta Oficial:

Nro. Providencia:

Fecha de la Providencia:

**II. DATOS DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS**

EL TOMADOR FACILITARÁ A SEGUROS CARONÍ, S.A., UN LISTADO CONTENTIVO CON LOS DATOS DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS, INCLUYENDO: NOMBRE COMPLETO DE CADA ALUMNO, SU NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD (SI YA LA POSEE), FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, GRADO O AÑO ESCOLAR QUE CURSA, DIRECCIÓN DEL ASEGURADO, NOMBRE COMPLETO DE SU REPRESENTANTE, NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE, DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE Y PARENTESCO CON EL ALUMNO.

**III. COBERTURAS SOLICITADAS**

MONEDA: Bs  USD

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: 24 HORAS  HORAS ESCOLARES

**COBERTURA BÁSICA**

COBERTURA	SUMA ASEGURADA SOLICITADA
MUERTE ACCIDENTAL	

**COBERTURAS OPCIONALES**

**ESTAS COBERTURAS OPCIONALES NO SON DE OBLIGATORIA SUSCRIPCIÓN POR PARTE DEL TOMADOR O DEL PROPUESTO ASEGURADO. EL ASEGURADO ESTARÁ AMPARADO, ÚNICAMENTE, POR LAS COBERTURAS QUE CONTRATE.**

COBERTURA	SUMA ASEGURADA SOLICITADA
INVALIDEZ PERMANENTE	
GASTOS MÉDICOS A CAUSA DE ACCIDENTE	
GASTOS MÉDICOS POR PÒLIOMIELITIS	IGUAL A LA SUMA ASEGURADA DE GASTOS MÉDICOS A CAUDA DE ACCIDENTE
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	
GASTOS FUNERARIOS	
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD NOMBRADA	
GASTOS DE NIVELACIÓN POR INCAPACIDAD	INDICAR RENTA DIARIA A ASEGURAR:
REEMBOLSO DE MENSUALIDADES	INDICAR MENSUALIDAD A ASEGURAR:

**IV. INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA**

NOMBRES Y APELLIDOS:	CÉDULA DE IDENTIDAD Nº:	CÓDIGO:
----------------------	-------------------------	---------

OBSERVACIONES:

**V. DECLARACIÓN DE BUENA FE**

Yo, \_\_\_\_\_, el Propuesto Asegurado, mediante la firma de esta solicitud, declaro formalmente, que:

- La información que doy en este documento es verídica y que no he omitido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Empresa de Seguros para que suscriba la Póliza.
- Me comprometo a tomar las medidas de precaución y prevención oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar mi estado de salud.
- Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la póliza emitida por la Empresa de Seguros. Esta solicitud no obliga a la Empresa de Seguros a emitir la Póliza solicitada por mí, en condición de Asegurado Titular de la misma. No obstante, si dicha Póliza fuera emitida con el recibo correspondiente pagado por mí, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento formando parte integrante de la misma.

Yo, \_\_\_\_\_, el Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima 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 las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

Lugar y Fecha de la Solicitud:

Firma del Tomador: \_\_\_\_\_

Huella Dactilar del Tomador (Pulgar derecho o en su defeco, de la mano izquierda): \_\_\_\_\_

Firma del Propuesto Asegurado	PULGAR DERECHO O EN SU DEFECTO, DE LA MANO IZQUIERDA, DEL PROPUESTO ASEGURADO
	Huella Dactilar