

Emisión

Modificación

Renovación

(dd/mm/aaaa)

Fecha de la Solicitud: / /

Producto/Póliza Nro.:

**I. DATOS DEL TOMADOR**

**PERSONA NATURAL**

(Cédula de Identidad o Pasaporte) (Registro de Información Fiscal) (Procedencia) (País / Ciudad / Localidad)  
**Número de Identificación:** R.I.F.: Nacionalidad: Lugar de Nacimiento:  
 E  P

(Primer y segundo apellido) (Primer y segundo nombre)  
**Apellidos:** **Nombres:**

(dd/mm/aaaa) (Años) (Masculino / Femenino) (Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Otro)  
**Fecha de Nacimiento:** / / **Edad:** **Sexo:** F  M  **Estado Civil:** S  C  D  V  Otro

(Urbanización, Calle, Avenida, Manzana, Edificio, Número de Casa o Apartamento donde reside)  
**Dirección de Residencia:**

(Estado / Localidad del país en el que reside) (Ciudad en la que reside) (Municipio / Localidad) (Número de zona postal)  
**Estado:** **Ciudad:** **Municipio:** **Código Postal:**

(Número incluyendo código de área) (Número) (Dirección de correo electrónico)  
**Telf. de Residencia:** **Celular:** **e-mail:**

(Actividad que desempeña)  
**Actividad Económica:** Comercial  Profesional  Si es Comerciante, especifique Ramo:

(Título profesional obtenido, si es el caso) (Tipo de Actividad)  
**Profesión:** **Descripción de la Actividad:** Independiente  Dependiente  Societaria  Otra

(Seleccione Bolívares)  
**Ingreso Anual:**

(Nombre de la empresa donde trabaja, si es el caso) (Número incluyendo el código de área)  
**Empresa:** **Telf. de la Empresa:**

(Dirección de correo electrónico) (Ubicación de la empresa donde trabaja, si es el caso)  
**e-mail:** **Dirección de la empresa:**

(Tipo de empresa o Institución donde labora)  
**Sector:** Público  Privado  **Dirección de Cobro:**

**PERSONA JURÍDICA O GUBERNAMENTAL**

(Número de Registro de Información Fiscal) (dd/mm/aaaa)  
**R.I.F.:** J  G  **Fecha de Constitución:**

(Denominación) (Nombre comercial, si es el caso)  
**Nombre o Razón Social:** **Siglas:**

(Registro Mercantil donde fue inscrita) (Número de Registro Mercantil) (Indique el Tomo donde fue inscrita)  
**Registro Mercantil:** **Nro.:** **Tomo Nro.:**

(Tipo de actividad que desarrolla)  
**Actividad:** Comercial  Industrial  Profesional  **Productos y/o Servicios que ofrece:**

(Actividad a la que se dedica la empresa) (Tipo de empresa o Institución donde labora)  
**Objeto:** **Sector:** Público  Privado

(Ubicación de la empresa) (Número incluyendo código de área)  
**Dirección de la Empresa:** **Teléfono:**

(Número incluyendo código de área) (Dirección de correo electrónico)  
**Fax:** **e-mail:** **Dirección de Cobro:**

(Seleccione Bolívares)  
**Ingreso Anual:**

**Patrimonio, según último Estado de Resultados o Estado de Ganancias y Pérdidas:**

**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:

**Datos del Representante Legal – Información Complementaria**

Apellido(s)	Nombre(s)	Dirección	Número Telefónico

**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"/>		(Registro de Información Fiscal) R.I.F.:		(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"/> Si es Comerciante, especifique Ramo:							
(Título profesional obtenido, si es el caso) Profesión:		(Tipo de Actividad) Descripción de la Actividad: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>					
(Selección Bolívares) Ingreso Anual:							
(Nombre de la empresa donde trabaja, si es el caso) Empresa:				(Número incluyendo el código de área) Telf. de la Empresa:			
(Ubicación de la empresa donde trabaja, si es el caso) Dirección de la empresa:							
						(Tipo de empresa o Institución donde labora) Sector: Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	

**III. FAMILIARES A ASEGURAR**

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTEZCO CON EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR	Nº CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO (M/F)

**IV. COBERTURA SOLICITADA**

MONEDA: Bs  USD

SUMA A ASEGURAR:

DEDUCIBLE:

**V. DECLARACIÓN DE SALUD**

A CONTINUACIÓN, LE PRESENTAMOS UN CUESTIONARIO DE SALUD, PARA QUE INDIQUE SI USTED O CUALQUIERA DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR HAN PADECIDO, HAN SIDO DIAGNOSTICADOS, TRATADOS O MEDICADOS, POR ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS Y/O ENFERMEDADES DETALLADAS A CONTINUACIÓN (ESCRIBA EL NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA Y ESPECIFIQUE):

1. Enfermedades del Corazón, Infarto, Circulación, Presión Arterial, Coronarias:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

2. Cáncer, Tumores, Quimioterapia, Radioterapia:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

3. Tiroides, Trastornos Glandulares, Obesidad:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

4. Enfermedades Congénitas o Adquiridas:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

5. Enfermedades Inmunológicas, SIDA, Hepatitis:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

6. Epilepsia, Convulsiones, Hemiplejías, Parálisis, Hemorragia Cerebral, Meningitis:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

7. Albúmina o Sangre en la Orina u otras enfermedades de los Riñones, Vejiga o Próstata:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

8. Ha sido sometido a Intervención Quirúrgica, Hospitalización en los últimos cinco (5) años:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

9. Ha tenido Accidentes, Quemaduras, Heridas o Fracturas:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

10. Enfermedades Gastrointestinales, Esofagitis, Gastritis, Úlceras, Hemorragias:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

11. Enfermedades Ginecológicas, Tumoraciones, Hemorragias, Dolor Pélvico, Secreciones:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

12. Enfermedades Genito-urinarias, Infección, Dolor, Incontinencias, Renales (Cólicos, Pielonefritis):

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

13. Ha sido tratado por Alcoholismo, Farmacodependencia, Tóxicodependencias:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

14. Ha sido tratado por Dolor en la Espalda, Hernia Discal:

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:

15. (Solo para Titular o Cónyuge Femenino) Se encuentra Usted en Estado de Gestación?

NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ especifique cuantos meses:

16. Ha sido tratado por Alergias, Asma, Sinusitis, Enfermedad Broncopulmonar, Bronquitis, Infección

**Respiratoria:**

**NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:**

**17. Alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores:**

**NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ en caso afirmativo, especifique:**

**VI- BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR**

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento			% Participación
			Día	Mes	Año	

**VII. OBSERVACIONES QUE QUIERA APORTAR EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR**

**VIII. DECLARACIÓN DE BUENA FE**

Yo, \_\_\_\_\_, el Propuesto Asegurado Titular, 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 y la de mis Familiares a asegurar.
- 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 Propuesto Asegurado Titular	PULGAR DERECHO O EN SU DEFECTO, DE LA MANO IZQUIERDA, DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR	Firma del Tomador	PULGAR DERECHO O EN SU DEFECTO, DE LA MANO IZQUIERDA, DEL TOMADOR
	Huella Dactilar		Huella Dactilar
Firma y Código del Intermediario	Oficina y Código		

El suscrito intermediario de la actividad aseguradora verificó la información suministrada, en cumplimiento de la normativa en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Otros Ilícitos (LC/FT/FPADM y otros ilícitos); obligación establecida en su artículo 49.