

**I. Datos del Solicitante**

Nombres y apellidos / razón social: \_\_\_\_\_ C.I. / Pasaporte / RIF: \_\_\_\_\_  
 V  E  J

Fecha de nacimiento / registro de compañía: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Estado civil: C  S  V  D  Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530  Entre 530 y 1.320  Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial  Profesional

Ocupación: Socio  Empleado  Ejercicio profesional  Otro

Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Actividad económica / ocupación: \_\_\_\_\_

Actividad deportiva: \_\_\_\_\_ Profesional  Aficionado  Años: \_\_\_\_\_

**Dirección de Habitación**

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

**Dirección de Cobro**

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

## II. Vigencia del Seguro

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Frecuencia de Pago:

Anual

Semestral

Trimestral

## III. Coberturas Solicitadas

Las Sumas Aseguradas de las Coberturas Básicas y las Coberturas Opcionales deben ser seleccionadas en un mismo tipo de moneda (Bolívares o Dólares).

### Cobertura Básica

Moneda: Bs.

US\$

Plan: \_\_\_\_\_

Edad/Plan: \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

### Coberturas Opcionales

Muerte Accidental  Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Renta por Incapacidad  Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Situaciones Extremas  Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Anexo Ahorro  Prima: \_\_\_\_\_

### Beneficiarios en caso de fallecimiento del Titular

Apellidos y nombres	Nro. C.I	Parentesco	% Participación

¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 6 meses? Sí  No  Promedio diario: \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí  No  Promedio diario: \_\_\_\_\_

## IV. Cuestionario

¿Usted tiene o está contratando póliza de Vida en ésta u otra Compañía? Sí  No

Sí, indique Compañía: \_\_\_\_\_

Nº de Póliza: \_\_\_\_\_ Monto del Seguro: \_\_\_\_\_

¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? Sí  No

¿Tiene prevista alguna? \_\_\_\_\_ Sí  No

**Solicitud de Seguro N°:** \_\_\_\_\_

¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria, crónica o defecto? \_\_\_\_\_ Sí  No

Según su más leal saber o entender ¿Padece actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? \_\_\_\_\_ Sí  No

En caso de ser del sexo femenino ¿Está usted en estado de gravidez? \_\_\_\_\_ Sí  No

¿Sigue usted actualmente cualquier tipo de medicación prescrito por su médico? Sí  No

¿Le han practicado alguna transfusión de sangre? Sí  No

¿Algunos de sus familiares han muerto o padecido de una enfermedad del corazón, cáncer, diabetes, mental, tuberculosis, renal o hipertensión? Sí  No

¿Si alguna de las respuestas es afirmativa?, complete el cuestionario de salud anexo a la presente solicitud

**VI. Intermediario(s)**

Apellidos y nombres	Código	% Participación	Firma

**V. Importante**

1. Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta Solicitud, entre la fecha de la firma por el solicitante y la emisión y entrega de la Póliza por la Compañía, o durante la vigencia de esta Póliza, debe ser participada a la Compañía inmediatamente. En tales casos, la Compañía se reserva el derecho de rechazar la Solicitud o anular el contrato, o de aplicar una tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que la Compañía formará del riesgo.
2. Las declaraciones o informaciones contenidas en esta Solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre el Solicitante y la Compañía. El contrato entra en vigor al haber obtenido el Solicitante el recibo correspondiente a la primera Prima pagada, firmado por un representante autorizado de La Compañía, pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.



### Autorización y Declaración del Solicitante

1. Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me han atendido clínicamente para dar información acerca de mis 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.
2. Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera de la Póliza.
3. Hago constar que las declaraciones e informaciones que anteceden, incluida la edad, peso y estatura y relación de parentesco, son exactas, completas y verdaderas y que no he omitido dato alguno sobre mi salud.

Yo, \_\_\_\_\_, C.I. No. \_\_\_\_\_, 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, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, conforme a lo dispuesto en el Título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.621, de fecha 22 de febrero de 2011, y cuya reforma fue publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.694, de fecha 13 de junio de 2011.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_



Huella dactilar Tomador  
(Pulgar derecho)

**SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.**

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el No. 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 9932 de fecha 04 de Agosto de 2009"**,

