



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

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. Inscritos**

Nº	Apellidos y nombres	Fecha de Nac.	Nro. C.I	Peso Kg.	Estatura	Sexo	Parentesco	Actividad económica/Ocupación
Titular								
2								
3								
4								
5								
6								

IV. Coberturas SolicitadasBeneficio Acumulativo: Sí No

Coberturas	Inscritos N°					
	Titular	02	03	04	05	06
Muerte Accidental						
Invalidez Permanente						
Gastos Médicos						
Gastos de Entierro						
Incapacidad Temporal						
Incapacidad Profesional						

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Titular

Apellidos y nombres	Nro. C.I	Parentesco	% Participación

V. Cuestionario

¿Trabaja por su cuenta? Sí No

En caso negativo ¿para quién trabaja? _____

Qué tipo de actividades realiza? _____ Cargo que desempeña? _____

_____ Ingreso mensual aproximado: _____

Si se solicita Incapacidad Temporal para el cónyuge, ¿Cuál es su ingreso mensual? _____

En su actividad laboral:

a) ¿Utiliza maquinarias? Sí No de ser afirmativo, describa ¿Cuáles maquinarias?

_____ Frecuencia de uso: _____

b) ¿Utiliza alto voltaje? Sí No

c) ¿Manipula explosivos o preparados químicos? Sí No en caso afirmativo, detalle cuáles:

_____ Con qué fin: _____ Frecuencia de uso: _____

d) ¿Maneja vehículos? Sí No Indique cuáles: _____

_____ Frecuencia de uso: _____

e) ¿Utiliza embarcaciones? Sí No ¿Qué tipo? _____

_____ Con qué fin: _____ Frecuencia de uso: _____

f) ¿Tripula aeronaves? Sí No ¿Qué tipo? _____

_____ N° de licencia: _____ Horas de vuelo: _____

¿Usted y los inscritos gozan de buena salud y no padecen ninguna enfermedad? Sí No

en caso negativo, detalle: _____

_____ ¿Ha sufrido usted o cualquier inscrito algún accidente? Sí No en caso afirmativo,

detalle: ¿Quién, duración y consecuencia? _____

_____ ¿Tiene usted o alguno de los inscritos algún defecto físico? Sí No en caso afirmativo,

indique: la persona y detalle el defecto que tiene: _____

_____ ¿Qué deporte practican los inscritos? _____

_____ ¿Algunos de ellos practica deportes como profesional? Sí No en caso afirmativo,

Indique: ¿Quién y cuál deporte? _____

Solicitud de Seguro N°: _____

¿Usted o algún inscrito tiene o está contratando Póliza de Vida, Accidente u Hospitalización con esta u otra Compañía? Sí No en caso afirmativo, detalle N° de la póliza: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Monto del Seguro: _____ ¿Le han rechazado alguna Póliza? Sí No
en caso afirmativo, detalle las razones: _____

VI. Intermediario(s)

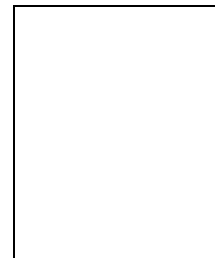
Apellidos y nombres	Código	% Participación	Firma

Nota: El contrato de seguro solicitado comienza su validez una vez expedida por La Compañía la Póliza respectiva y sea pagada a ella la Prima correspondiente al primer período del Seguro, mediante recibo emitido por La Compañía.

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 Solicitante
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL 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° 01775 de fecha 23 de febrero de 2000 y Oficio N° 00009932 de fecha 4 de agosto de 2009.