Seguros Caracas
RIF. J-00038923-3

Solicitud de Seguro:

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL PARA TI

I. Datos del Tomador

Persona Natural:

Nombres y Apellidos: C.I. / Pasaporte: V ☐ E ☐

RIF: Lugar y fecha de nacimiento: Sexo: M ☐ F ☐

Estado civil: C ☐ S ☐ V ☐ D ☐ Otro ☐

Ingreso anual (en Bs.):

Actividad económica: Comercial ☐ Profesional ☐ Especifique el Ramo:

Descripción de la Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☐ Societaria ☐ Otro

Profesión: Ocupación:

Lugar donde trabaja:

¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si ☐ No ☐

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:
Email:		

Dirección de Oficina

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:
Email:		Fax:

Solicitud de Seguro:

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:
Email:		Fax:

Persona Jurídica:

Razón Social: RIF:

Dirección de Oficina

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:
Email:		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:
Email:		Fax:

Solicitud de Seguro:

Fecha de constitución de la empresa: _____ Tipo de actividad económica: _____

Naturaleza de la empresa: Pública ☐ Privada ☐

Productos y servicios que ofrece: _____

_____

Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior: _____

Patrimonio según el último estado de resultados o estado de pérdidas y ganancias: _____

La factura una vez pagada la Prima de la Póliza, deberá salir a nombre de:

Tomador ☐ Asegurado ☐

II. Datos del Representante Legal

Nombres y Apellidos: _____ C.I. / Pasaporte: V ☐ E ☐ J ☐ _____

RIF: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Estado civil: C ☐ S ☐ V ☐ D ☐ Otro ☐ _____

Ingreso anual (en Bs.): _____

Actividad Económica: _____ Especifique el Ramo: _____

Descripción de la Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☐ Societaria ☐ Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si ☐ No ☐

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:
Email:		Fax:

III. Datos del Propuesto Asegurado Titular

Nombres y Apellidos / _____ C.I. / Pasaporte: V ☐ E ☐ _____

RIF: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Estado civil: C ☐ S ☐ V ☐ D ☐ Otro ☐ _____

Ingreso anual (en Bs.): _____

Actividad económica: Comercial ☐ Profesional ☐ Especifique el Ramo: _____

Descripción de la Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☐ Societaria ☐ Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si ☐ No ☐

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:
Email:		Fax:

Dirección de Oficina

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:
Email:		Fax:

Se acuerda que los correos electrónicos suministrados serán considerados para el envío de cualquier notificación de este contrato.

IV. Vigencia del Seguro

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____ Frecuencia de Pago: _____

V. Coberturas Solicitadas

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Salud	$25.000	0
Telemedicina	**Servicio**	
AMP desde Telemedicina	$1.000	0
Entrega de Medicamentos desde Telemedicina	$1.000	0
Equipos Médicos	$1.000	0

Coberturas Opcionales (Estas coberturas no son de obligatoria contratación)

_____ ☐ _____ ☐ _____ ☐
_____ ☐ _____ ☐ _____ ☐
_____ ☐ _____ ☐ _____ ☐

VI. Grupo a Asegurar

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

VII. Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado Titular

Apellidos y Nombres	Nacionalidad	Nro. C.I.	Parentesco	% Participación

VIII. Cuestionario

¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el Seguro solicitado, en esta u otra ¿Compañía, un Seguro de Salud? Sí ☐ No ☐ Cual: _____

Complete la siguiente declaración de salud	Titular	2º	3º	4º	5º	6º
¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Tiene prevista alguna?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
Según su más leal saber o entender: ¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Utiliza Lentes?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Alguna de las solicitantes está en estado de gravidez?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: nombre de la persona, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada, médico tratante y anexar informe médico y resultados de exámenes: _____

IX. Intermediario(s) de la Actividad Aseguradora

Apellidos y nombres	Nro. C.I.	Código	% Participación	Firma

El suscrito intermediario de la actividad aseguradora verificó la información suministrada, en cumplimiento del artículo 49 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).

X. 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 Tomador y la emisión y entrega de la Póliza por el Asegurador, o durante la vigencia de esta Póliza, debe ser participada a el Asegurador inmediatamente. En tales casos, el Asegurador 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 el Asegurador 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 Tomador y el Asegurador. El contrato entra en vigor al haber obtenido el Tomador el recibo correspondiente a la primera Prima pagada, firmado por un representante autorizado del Asegurador, pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.

XI. Autorización y Declaración del Propuesto Asegurado Titular

Yo, _____, el Propuesto Asegurado Titular:

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 puedan 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.

XII. Datos Bancarios para Pago

En caso que el Asegurador deba efectuar un pago al Asegurado de la Póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del Asegurado; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el Asegurado haya suministrado previamente a el Asegurador.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Primas ☐ Otra Cuenta ☐ Favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta																			Tipo de Cuenta

XIII. Declaraciones

En mi carácter de TOMADOR o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____, en mi carácter de TOMADOR, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la propuesta póliza y las que de esta se deriven, 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 la Providencia Administrativa N°. SAA-01-0536-2024, Título III de las “Normas sobre la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Otros Ilícitos en la Actividad Aseguradora”, publicada en la Gaceta Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela N° 6835, de fecha 03 de septiembre de 2024.

Solicitud de Seguro

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Propuesto Asegurado Titular: _____

Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)

Huella dactilar Propuesto Asegurado Titular
(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. ES-13. **Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora Mediante Providencia N° SAA-09-0861-2026, de fecha 29 de junio de 2026.**

Salud INDIVIDUAL para ti