

## I. Datos del Tomador

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

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

Fecha constitución de la empresa: \_\_\_\_\_

### 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 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: _____
E-mail: _____		Fax: _____

Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

### 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. Datos del Representante Legal

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

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  Especifique: \_\_\_\_\_

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:

**III. Datos del propuesto Asegurado Titular**

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  \_\_\_\_\_

Sueldo/ Ingreso Mensual: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**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 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: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

**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:

**IV. Inscritos**

Nº	Apellidos y Nombres	Fecha de Nac.	Nro. C.I	Sexo	Parentesco
Titular					
2					
3					
4					
5					
6					

**V. Coberturas Solicitadas**

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
<b>Básica</b>		
Maternidad Básica		
<b>Exceso (Contratación Opcional)</b>		
Maternidad Exceso (Contratación Opcional)		

**Coberturas Adicionales (Contratación Opcional)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI. Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Titular**

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

**VII. Cuestionario**

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

en caso negativo, detalle: \_\_\_\_\_

¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? Sí  No

en caso afirmativo, detalle: \_\_\_\_\_

**VIII. 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.

**IX. Datos Bancarios para Pago a Titulares**

En caso que la compañía deba efectuar un pago al titular 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 titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el titular haya suministrado previamente a la compañía.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Prima  Otra cuenta  favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

## X. Declaraciones

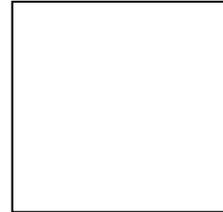
En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

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.

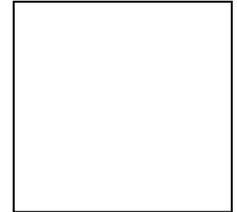
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_



Huella dactilar Tomador  
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado  
(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° SAA-1-1-16925-2014 de fecha 7 de Abril de 2015".**