Seguros Caracas
RIF. J-00038923-3

Solicitud de Seguro N°: _____
Nº de Certificado: _____
Fecha de Empleo: _____
Tipo de Movimiento: Emisión ☐ Modificación ☐ Renovación ☐

I. Datos del Tomador

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

_____ RIF: _____

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

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

Ingreso anual (Moneda___): _____

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

Descripción: 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:

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:
Correo electrónico:		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:
Correo electrónico:		Fax:

Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente

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

Productos y servicios que ofrece: _____

Naturaleza de la empresa: Pública ☐ Privada ☐

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 / Razón Social: _____

C.I. / Pasaporte: V ☐ E ☐ J ☐ _____

RIF: _____

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

Ingreso anual (Moneda___): _____

Actividad económica: Comercial ☐ Profesional ☐ Especifique: _____

Descripción: 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 ☐

Solicitud de Seguro N°: _____

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:
Correo electrónico:		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 (Moneda___): _____

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

Descripción: 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:

Solicitud de Seguro N°: _____

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:
Correo electrónico:		Fax:

IV. Vigencia del Seguro

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

V. Asegurados

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

VI. Coberturas Solicitadas

Cobertura	Suma Asegurada (Moneda___)	Deducible (Moneda___)
Básica		
Maternidad (Contratación Opcional)		
Exceso (Contratación Opcional)		
Maternidad Exceso (Contratación Opcional)		

Coberturas Adicionales **(Contratación Opcional: El TOMADOR no está obligado a seleccionar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas)**

Gastos de Entierro	☐	Atención Médica Primaria	☐	Odontología	☐
Servicio Oftalmológico	☐	Servicio Dermatológico	☐	Atención Psicológica	☐
	☐		☐		☐

Solicitud de Seguro N°: _____

VII. Red de Proveedores

Red Acordada _____

VIII. Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Titular

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

IX. Cuestionario

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:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Solicitud de Seguro N°: _____

X. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

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

XI. 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 rembolso 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

XII. 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 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 el Título III de las “Normas sobre la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora”, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.128, de fecha 17 de mayo de 2021.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/___

Firma del Tomador: _____

Firma del propuesto
Asegurado Titular: _____

Huella Dactilar Tomador
(Pulgar Derecho o en su defecto de la mano izquierda)

Huella Dactilar propuesto Asegurado Titular
(Pulgar Derecho o en su defecto de la mano izquierda)

Salud COLECTIVO para ti