

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.



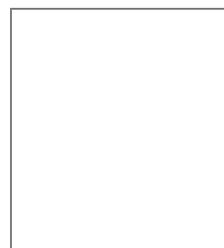
Autorización y Declaración del Solicitante

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"**,

