



Accidentes Personales Individual

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 T.C.R.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: Comercial Otra 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: _____

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 _____

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: _____

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 T.C.R.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

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

Solicitud de Seguro _____**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

Nombres y Apellidos /		C.I. / Pasaporte:	
_____		V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> _____	
RIF:	Lugar y fecha de nacimiento:	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
_____	_____		
Estado civil:	C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	_____	
Ingreso anual (en T.C.R.):	Menor a 3.500 <input type="checkbox"/> Entre 3.501 y 6.500 <input type="checkbox"/> Mayor a 6.501 <input type="checkbox"/>	_____	
Actividad económica:	Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especifique el Ramo: _____	_____	
Descripción de la Actividad:	Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/> Otro _____	_____	
Profesión:	_____	Ocupación:	_____
Lugar donde trabaja:	_____		
¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

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:

Solicitud de Seguro _____**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: _____

IV. Vigencia del Seguro

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

V. 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								

VI. Coberturas SolicitadasBeneficio Acumulativo: Sí No

Coberturas Obligatorias	Inscritos Nº					
	Titular	02	03	04	05	06
Muerte Accidental						
Invalidez Permanente						

Coberturas Opcionales	Inscritos Nº					
	Titular	02	03	04	05	06
Gastos Médicos						
Gastos de Entierro						
Incapacidad Temporal						
Incapacidad Profesional						
Telemedicina	No Disponible					



Solicitud de Seguro

Entrega de Medicamentos	No Disponible					

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Titular

Apellidos y nombres	Nro. C.I.	Parentesco	% Participación

VII. 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 detalle cuáles: _____

Frecuencia de uso: _____

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

Con qué fin: _____ Frecuencia de uso: _____

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

Nº de licencia: _____ Horas de vuelo: _____

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

En caso negativo, detalle: _____

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

Solicitud de Seguro _____

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? _____

¿Usted o algún inscrito tiene o está contratando Póliza de Vida, Accidente u Hospitalización con esta u otra Compañía? Si 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: _____

VIII. Intermediario(s)

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

IX. 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 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 Solicitante y el Asegurador. El contrato entra en vigor al haber obtenido el Solicitante 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.

X. 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 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.

XI. 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

XII. 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 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.

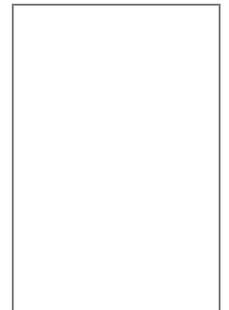
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del propuesto Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador (Pulgar derecho)



Huella dactilar propuesto 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 Providencia N° SAA-09-0043-2025, de fecha 30 de Enero de 2025”**