



**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.M.V): 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.M.V): 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  E

RIF:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo: M  F

Estado civil:

C

S

V

D

Otro

Ingreso anual (en T.C.M.V): Menor a 3.500  Entre 3.501 y 6.500  Mayor a 6.501

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:

## 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. 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/Nombre Póliza: \_\_\_\_\_

Edad/Plan: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

### VI. Coberturas Opcionales

### Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado

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

### VII. Cuestionario

¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 6 meses? Sí  No  Promedio diario: \_\_\_\_\_

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí  No  Promedio diario: \_\_\_\_\_

Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

Actividad deportiva: \_\_\_\_\_ Profesional  Aficionado  Años: \_\_\_\_\_



## Solicitud de Seguro

Tiene intención de participar en vuelos aéreos Sí  No

¿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

¿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

### VIII. Intermediario(s)

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

### IX. Datos Bancarios para Cobro de Prima

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, por favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo tarjeta de crédito, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

**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 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.

**XI. 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.

**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 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.

**Solicitud de Seguro**

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 Administrativa N° SAA-09-0572-2024, de fecha 15 de Julio de 2024”**

