

Póliza Individual Póliza Colectiva

Datos del Solicitante / Tomador

Datos de Identificación: Persona Natural:

Nro. de C.I. / Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	País de origen:	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:	Primer Nombre:
		Segundo Nombre:	

Datos de Identificación: Persona Jurídica:

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Nro. de R.I.F.:
Denominación de la Razón Social:	Siglas / Nombre Comercial:
Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral	Moneda: <input type="checkbox"/> Bolívares <input type="checkbox"/> Dólares

Datos del Solicitante y del Grupo Familiar

	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Nro. de C.I.	Peso Kg	Estat.	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Ocupación
1								Titular	
2									
3									
4									
5									
6									

Beneficio Creciente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indique el porcentaje de incremento anual _____ %	Cobertura Ampliada de Incapacidad Permanente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia en Viajes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---	---

Coberturas Solicitadas por Asegurado

Asegurado Nro.	Coberturas					
	1	2	3	4	5	6
	Suma Asegurada					
Muerte Accidental						
Incapacidad Permanente						
Incapacidad Temporal						
Gastos Médicos						
Gastos de Entierro						

Alcance de la Cobertura: Las veinticuatro (24) horas del día Cobertura profesional Cobertura Extraprofesional

Beneficiarios en Caso de Muerte del Asegurado

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Nro. de C.I.	Sexo	Parentesco	% Participación

Otras Pólizas

Nro. Póliza	Compañía	Suma Asegurada	Antigüed.	Vigencia	Nro. Póliza	Compañía	Suma Asegurada	Antigüed.	Vigencia

En caso de Pólizas rechazadas, indique las razones: _____

Cuestionario							
		Sí	No			Sí	No
1.	¿Trabaja usted por su cuenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	¿Utiliza embarcaciones?: ¿Qué tipo?: _____ ¿Con qué fin?: _____ Frecuencia de uso: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Utiliza maquinaria pesada? Indique cuáles: _____ Frecuencia de uso: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.	¿Tripula Aeronaves? ¿Qué tipo?: _____ Licencia Nro.: _____ Horas de vuelo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Trabaja cerca de electricidad de alta tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	¿Usted y su grupo familiar gozan de buena salud y no padecen ninguna enfermedad? En caso negativo detalle: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Trabaja con materiales inflamables o explosivos? ¿Con qué fin?: _____ Frecuencia de uso: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	¿Ha sufrido usted o alguien de su grupo familiar algún accidente? ¿Quién, duración y consecuencias?: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Trabaja con vehículos? Indique cuáles: _____ Frecuencia de uso: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	¿Tiene usted o alguien de su grupo familiar algún defecto físico? ¿Quién y qué defecto?: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Trabaja encima de andamios, techo o edificios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.	¿Alguno de los asegurados practica algún deporte? ¿Quién y cuál(es)?: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Se moviliza en motocicleta o motoneta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.	¿Algunos de los asegurados practica deportes como profesional? ¿Quién y cuál?: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud de seguro o cualquier padecimiento declarado en la misma. Esta solicitud formará parte integrante de la póliza. Declaro y convengo que las respuestas contenidas en este cuestionario son ciertas, completas, realizadas de máxima buena fe, libres de toda omisión intencional o falsa declaración.

Autorizo a la Compañía de Seguros para solicitar cualquier tipo de Información adicional a la suministrada en esta solicitud, en relación con mi estado de salud, a todos los médicos, clínicas u hospitales e instituciones similares, incluyendo copias de registros, historias médicas o informes. Si cualquier respuesta o declaración hecha, no concuerda con la realidad, o si cualquier dato fuese omitido u ocultado, se considerará esta Póliza como nula y sin efecto.

Declaraciones del Solicitante

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro (amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto.

Autorizo(amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.

Razón Social / Apellidos y Nombres:	Firma y Sello:	Nro. de C.I. / R.I.F.:	Lugar y Fecha:
-------------------------------------	----------------	------------------------	----------------

Intermediarios

Apellidos y Nombres	Código	Firma

Aprobada por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 007058 de fecha 26 de Agosto de 2004.