

Datos del Propuesto Asegurado Titular			
Nro. C.I./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	R.I.F. Nro.:	
País de origen:		Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:	
1er. Nombre:		2do. Nombre:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro	Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: (Si es comerciante indicar el ramo):		
Descripción de la Actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria		Profesión:	
Oficio:		Ocupación:	

Ingresos

Ingreso Anual (en Bs.): Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos Mayor a doce (12) Salarios Mínimos

Dirección de Residencia

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:		Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:	
Correo Electrónico:				

Dirección de la Empresa o Lugar de Trabajo

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:		Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:	
Correo Electrónico:				

Persona Expuesta Políticamente

La persona expuesta políticamente es una persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario o funcionaria importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, elegido o no, un miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero o un ejecutivo de alto nivel de una corporación, que sea propiedad de un gobierno extranjero. En el concepto de familiares cercanos se incluyen a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad. También se incluyen en esta categoría a cualquier persona jurídica que como corporación, negocio u otra entidad haya sido creada por dicho funcionario(a) en su beneficio. Esta categoría se mantendrá mientras la persona persista en el cargo y durante cinco (05) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo.

¿Desempeña o ha desempeñado cargo público relevante en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Usted es usted o ha sido miembro de la directiva de algún partido político en la República Bolivariana de Venezuela o el cargo equivalente para los partidos políticos en el de otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:

¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

**Datos del Tomador
(solo si es diferente al Propuesto Asegurado Titular)**

Tipo de Persona: Natural Jurídica Gubernamental

Persona Natural

Nro. C.I./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	R.I.F. Nro.:
	País de origen:	Residente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
----------------	----------------	---------------------

1er. Nombre:	2do. Nombre:
--------------	--------------

Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro	Lugar de Nacimiento:
--	--	----------------------

Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: (Si es comerciante indicar el ramo):
----------------------	---

Descripción de la Actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria	Profesión:
---	------------

Oficio:	Ocupación:
---------	------------

Persona Jurídica / Gubernamental

Nombre o Razón Social:	Siglas / Nombre Comercial:
------------------------	----------------------------

RIF Nro.:	Nombre del Registro Mercantil:	Circunscripción Judicial:
-----------	--------------------------------	---------------------------

Tomo:	Número:	Fecha:
-------	---------	--------

Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial	Descripción de Actividad:
---	---------------------------

Productos o Servicios que Ofrece:

Dirección

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:
-------	---------	---------	---------------

Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:	Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
----------------------	--	-------------------	-----------

Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
--------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------

Correo Electrónico:

Representante Legal

Nombres y Apellidos:	C.I. / Pasaporte:	Cargo:
----------------------	-------------------	--------

Dirección:	Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:
------------	--------------------	-------------------------

Acta de Nombramiento:	Fecha de Nombramiento:
-----------------------	------------------------

Perfil Financiero del Tomador

Utilidad del Ejercicio Económico inmediatamente anterior (si aplica)	Patrimonio (según último Estado de Resultado):
--	--

**Identificación del Beneficiario Final
(Solo en caso de que el Tomador sea Persona Jurídica o Gubernamental)**

El Beneficiario Final es la (las) persona(s) natural(es) que poseen, controlan o influyen de manera significativa sobre los bienes de un cliente o que en cuyo nombre o beneficio se realiza una transacción. Incluye también a las personas naturales que ejercen el control final sobre una persona jurídica, fideicomisos y otras estructuras jurídicas.

Nombres y Apellidos / Razón Social		N° de Cédula de Identidad / C.I. / R.I.F. Nro.	Composición Accionaria (el % total de composición accionaria debe sumar 100%)
1.			
2.			
3.			
4.			
Total Composición Accionaria:			100 %

Coberturas a Contratar		
Suma Asegurada US\$	Deducible en Venezuela	
<input type="checkbox"/> 30.000 <input type="checkbox"/> 50.000 <input type="checkbox"/> 100.000	No Aplica	
Suma Asegurada US\$	Deducible US\$ (para atenciones fuera de Venezuela)	Deducible en Venezuela
<input type="checkbox"/> 200.000	<input checked="" type="checkbox"/> 5.000	No Aplica

Frecuencia de Pago de la Prima			
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual

Otras Pólizas de Salud Contratadas				
No.	Empresa de Seguros	Suma Asegurada (Bs.)	Póliza vigente desde (Fecha)	Si la Póliza NO está Vigente, indique Causa de Terminación y Fecha
1.				
2.				
3.				
4.				

Datos de las Personas a Incluir en la Póliza							
No.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de C.I. o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso
1		<i>Propuesto Asegurado Titular</i>					
2							
3							
4							
5							
6							

Declaración de Salud Del Propuesto Asegurado Titular y los Propuestos Asegurados Adicionales				
	N° Aseg	Respuesta	N° de cigarrillos diarios	N° de años que tiene fumando o que fumó
Tabaquismo ¿Fuma o ha Fumado?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Practica algún deporte o actividad profesional que se puede considerar de riesgo?	N° Aseg	Respuesta	Deporte o actividad de alto riesgo
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Indique si usted o alguien de su grupo familiar padece de alguna de las siguientes patologías, si toma algún medicamento, la cantidad y su frecuencia en el siguiente formulario

Patología	N° Aseg	Respuesta	Nombre del Medicamento	Concentración	Frecuencia y horario de las tomas	Fecha de diagnóstico
Hipertensión		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Hiperinsulinismo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Hipotiroidismo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Asma		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Patología	N° Aseg	Respuesta	
Neurológicas y del Sistema Nervioso		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cardiovasculares		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Osteomusculares		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Genito-Urinarias		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hematológicas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Patología	N° Aseg	Respuesta	
Enfermedades Digestivas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sistema Endocrino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Respiratorias		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Oculares		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Covid 19		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Patología	N° Aseg	Respuesta	
Quemaduras de alto grado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trasplante de Órganos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Proceso Séptico Mayor		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Politraumatismo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tienes colocado algún material de osteosíntesis, prótesis, stent y/o Marcapasos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Patología	N° Aseg	Respuesta			
¿Patología malformación o enfermedad o condición congénita o adquirida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otras condiciones de salud de los asegurados	N° Aseg	Respuesta	Otras condiciones de salud de los asegurados	N° Aseg	Respuesta
¿Está embarazada? En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante de prótesis mamaria En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes En caso afirmativo, especifique diagnóstico y tratamiento:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colecistectomía (Extracción de la vesícula) En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ovario poliquístico En caso afirmativo, especifique diagnóstico y tratamiento:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adenoidectomía (Extracción de adenoides) En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras condiciones de salud de los asegurados	N° Aseg	Respuesta	Otras condiciones de salud de los asegurados	N° Aseg	Respuesta
Histerectomía En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apendicectomía (Extracción del apéndice) En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras condiciones de salud de los asegurados	N° Aseg	Respuesta	Otras condiciones de salud de los asegurados	N° Aseg	Respuesta
Cesárea o partos En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalectomía (Extracción de las amígdalas) En caso afirmativo, especifique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otra Enfermedad o Condición de Salud no nombrada en los puntos anteriores		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:

Declaración del Tomador

"Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de TOMADOR, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana."

Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____, en mi carácter de Propuesto Asegurado declaro bajo fe de 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. Asimismo, estoy en conocimiento que la información suministrada en la presente Solicitud de Seguros constituye la base para el análisis del riesgo y para la emisión de la póliza solicitada al Asegurador, por lo que cualquier omisión o tergiversación en dicha información será razón para la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza y en la normativa vigente.

Autorizo(amos) la verificación de la información aquí suministrada, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente Solicitud de Seguro no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador.

Lugar y Fecha Declaración: _____, _____

Apellidos y Nombres Tomador:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Tomador:	Huella Dactilar del Tomador Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda
Apellidos y Nombres Propuesto Asegurado Titular:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Propuesto Asegurado Titular:	Huella Dactilar del Propuesto Asegurado Titular Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda

Intermediario

Apellidos y Nombres:	Código:
----------------------	---------

"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0956-2024 de fecha 12/11/2024"