

### I. Datos del Tomador

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 3.500  entre 3.501 y 6.500  mayor a 6.501   
 Actividad económica: Comercial  Profesional  Especifique: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: Socio  Empleado  Ejercicio profesional  Otro: \_\_\_\_\_

### 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:
Correo electrónico:		Fax:

### 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:
Correo electrónico:		Fax:

Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

### 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:
Correo electrónico:		Fax:

### Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente:

Fecha de constitución de la empresa: \_\_\_\_\_ Tipo de actividad económica: \_\_\_\_\_  
Naturaleza de la empresa: Pública  Privada

### 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/ razón social: \_\_\_\_\_ C.I. / Pasaporte / RIF: \_\_\_\_\_  
V  E  J

Estado civil: C  S  V  D  Otro

Ingreso anual (en U.T.): menor a 3.500  entre 3.501 y 6.500  mayor a 6.501

Actividad económica: Comercial  Profesional  Especifique: \_\_\_\_\_

Ocupación: Socio  Empleado  Ejercicio profesional  Otro: \_\_\_\_\_

### 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:
Correo electrónico:		Fax:

**III. Datos del propuesto Asegurado Titular**

Nombres y apellidos / razón social: \_\_\_\_\_ C.I. / Pasaporte / RIF: \_\_\_\_\_

V  E

Fecha de nacimiento / Registro de compañía: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Estado civil: C  S  V  D  Otro:  \_\_\_\_\_

Ingreso anual (en U.T.): menor a 3.500  entre 3.501 y 6.500  mayor a 6.501

Actividad económica: Comercial  Profesional  Especifique: \_\_\_\_\_

Ocupación: Socio  Empleado  Ejercicio profesional  Otro: \_\_\_\_\_

**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: _____
Correo electrónico: _____		Fax: _____

**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: _____
Correo electrónico: _____		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:
Correo electrónico:		Fax:

**IV. Vigencia del Seguro**

Desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

**V. Coberturas solicitadas**

Tipo de Deducible por Suma Asegurada	
En el Exterior de \$5.000	Aplica para Sumas Aseguradas iguales o mayores a \$50.000
En el Exterior de \$2.000	Aplica para Sumas Aseguradas menores a \$50.000
En Venezuela	Aplica solo para Sumas Aseguradas iguales o mayores a \$50.000

Sumas Aseguradas de Maternidad	
Suma Asegurada contratada de Salud	Suma Asegurada de Maternidad
Mayores a \$200.000	\$20.000
Iguales a \$200.000	\$20.000 o \$10.000
Mayores o iguales a \$50.000 y menores a \$200.000	\$10.000 o \$6.000
Menores a \$50.000	No Aplica

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible Venezuela	Deducible Exterior
Gastos Médicos en el Exterior			
Maternidad		Sin Deducible	\$2.000
Gastos de Entierro		Sin Deducible	Sin Deducible
Asistencia en Viaje	Gastos Médicos US \$50.000, Países SHENGEN €40.000		

**Grupo a asegurar**

N°	Apellidos y nombres	Fecha de nac.	Nro. C.I	Peso Kg.	Estatura	Sexo	Parentesco	Actividad deportiva	Maternidad
Titular									
2									
3									
4									
5									
6									

**Beneficiarios en caso de fallecimiento del propuesto Asegurado Titular**

Apellidos y nombres	Nro. C.I	Parentesco	% participación

**VI. Cuestionario**

¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el Seguro solicitado, en esta u otra Compañía, un Seguro de Salud?: Sí  No

Complete la siguiente declaración de salud	Titular	2°	3°	4°	5°	6°
¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Tiene prevista alguna?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Según su más leal saber o entender: ¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Alguna de las solicitantes está en estado de gravidez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: nombre de la persona, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada, médico tratante y anexar informe médico y resultados de exámenes:

---



---



---



---

**VII. Intermediario(s)**

Apellidos y nombres	Código	% participación	Firma

**VIII. Importante**

Las declaraciones o informaciones contenidas en esta Solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre el propuesto Asegurado Titular y la Empresa de Seguros. El Contrato entra en vigor en la fecha indicada en la Póliza, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente en el plazo estipulado en la Cláusula 5: Pago de la Prima de las Condiciones Generales de la Póliza.

**IX. Autorización y Declaración del propuesto Asegurado Titular**

1. Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido, dar información acerca de mis(nuestras) enfermedad(es) 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, son exactas, completas y verdaderas y que no he omitido dato alguno sobre mi salud y de las personas que hayan de ser incluidas en la Póliza. Me comprometo a aceptar a su presentación, la Póliza o el certificado que la Empresa de Seguros emite en base de la presente solicitud y de pagar las primas correspondientes.

**X. Datos Bancarios para pagos al propuesto Asegurado Titular**

En caso que la Empresa de Seguros deba efectuar un pago al propuesto Asegurado Titular 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 propuesto Asegurado Titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el propuesto Asegurado Titular haya suministrado previamente a la Empresa de Seguros.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco	N° de cuenta	Tipo de cuenta

## XI. Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

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 de 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 de 13 de junio de 2011.

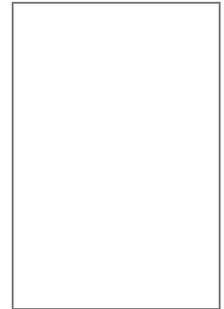
Lugar: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Tomador: \_\_\_\_\_

Firma del propuesto  
Asegurado Titular: \_\_\_\_\_



Huella dactilar Tomador  
(Pulgar derecho)



Huella dactilar propuesto  
Asegurado Titular  
(Pulgar derecho)

**SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.**

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas bajo el No.13.