



Seguros Caracas

RIF. J-00038923-3

Solicitud de Seguro N°: _____

I. Datos del Tomador

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____

C.I. / Pasaporte: _____

V ☐ E ☐

RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

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 ☐ Otra ☐ Especifique el Ramo: _____

Descripción: 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: _____

Correo electrónico: _____

Fax: _____



Solicitud de Seguro N°: _____

Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la empresa: _____ Tipo de actividad económica: _____

Productos y/o servicios que ofrece: _____

Naturaleza de la empresa: Pública ☐ Privada ☐

Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior: _____

Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

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: _____

V ☐ E ☐ J ☐ _____

RIF: _____

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: _____

Descripción: 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: _____

Correo electrónico: _____ Fax: _____

III. Datos del propuesto Asegurado Titular

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 U.T.): Menor a 3.500 ☐ Entre 3.501 y 6.500 ☐ Mayor a 6.501 ☐

Actividad económica: Comercial ☐ Otra ☐ Especifique el Ramo: _____

Descripción: 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: _____

Correo electrónico: _____ Fax: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

IV. Vigencia del Seguro

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

V. Coberturas Solicitadas

Sumas Aseguradas de Maternidad	
Suma Asegurada contratada de Salud	Suma Asegurada de Maternidad
Mayores o iguales a \$75.000	\$8.000
Menores a \$75.000	\$4.000

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Salud Individual		
Maternidad (contratación opcional)		0

Coberturas Adicionales (contratación opcional)

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

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									

VI. Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Titular

Apellidos y Nombres	Nacionalidad	Nro. C.I	Parentesco	% Participación

VII. 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 ☐ Cual: _____

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

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:

VIII. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

IX. Importante

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

Autorización y Declaración de Propuesto Asegurado Titular

- Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades 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.
- 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 Pago a Titulares

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

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Prima ☐ Otra cuenta ☐ favor indicar:

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 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 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 para la Economía y Finanzas bajo el No. 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-01859-2023, de fecha 16 de Noviembre de 2023".**