|  |
| --- |
| **Datos del Seguro** |
| Tipo de Solicitud: [ ]  Emisión | [ ]  Modificación | [ ]  Inclusión | Fecha de Solicitud: / / |
| Tipo de Póliza: [ ]  Individual | [ ]  Colectiva | Fecha de Vigencia: Desde: / /  | Hasta: / / |
| Frecuencia de Pago: [ ]  Anual [ ]  Semestral [ ]  Trimestral [ ]  Mensual Otra:       | Sucursal:       |
| **Datos del Tomador** |
| Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:       | C.I. / Pasaporte / R.I.F.:       |
| Correo Electrónico: |  |
| Nacionalidad:       | Estado Civil: Seleccione  | Nacionalidad:       |
| Lugar de Nacimiento:       | Fecha de Nacimiento: 10/06/2025 | Edad:    |
| Dirección de Habitación:       |
| Municipio:       | Parroquia:       | Municipio:       |
| Estado:       | Teléfono:       | Estado:       |
| Dirección de Cobro:       |
| Estado:       | Municipio/Parroquia:       | Estado:       |
| Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica:       | Ingreso Anual (moneda Seleccione ):       |
| Tipo de Actividad: [ ] Socio [ ] Trabajador independiente [ ] Empleado Cargo que desempeña:       |
| Indique si el Tomador será el Asegurado Titular: Si[ ]  No [ ]  |
| **Información Adicional (Solo Personas Jurídicas)** |
| Nombre registro mercantil:        | Nro.:     | Tomo:       | Fecha de Constitución: / / |
| Naturaleza de la Empresa: [ ] Pública [ ] Privada | Objeto o razón social:       |
| Actividad económica: [ ]  Profesional [ ]  Comercial [ ]  Industrial Especifique:       |
| Productos y servicios que ofrece: | Utilidad del ejercicio económico anterior | Patrimonio último estado de resultados |
|       |       |       |
| Dirección de la Empresa:       |
| Municipio:       | Parroquia:       | Ciudad:       |
| Estado:       | Teléfono:       | Correo Electrónico:       |
| Apellidos y Nombres del Representante Legal:       | C.I. / Pasaporte:       |
| Dirección del Representante:       |
| Estado:       | Municipio/Parroquia:       | Estado:       |
| Actividad Económica:       | Teléfono:      | Correo Electrónico :       |
| **Datos del Propuesto Asegurado (Llenar solo si es diferente al Tomador)** |
| Apellido(s) y Nombre(s):       | C.I. / Pasaporte:       |
| Nacionalidad:       | Estado Civil: Seleccione  | Sexo: [ ] M [ ]  F |
| Lugar de Nacimiento:       | Fecha de Nacimiento: / / | Edad:    |
| Empresa donde trabaja:       | Fecha de Ingreso: / / |
| Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica:       | Ingreso Anual (moneda Seleccione):       |
| Dirección de Habitación:       |
| Municipio:       | Parroquia:       | Ciudad:       |
| Estado:       | Teléfono:       | Correo Electrónico:       |
| **Datos del Grupo Familiar a incluir en el Seguro** |
| **Nro.** | **Parentesco** | **Apellido(s) y Nombre(s)** | **C.I.** | **Fecha de Nacimiento** | **Sexo** | **Peso (Kg)** | **Estatura (Mts.)** |
| **1** | Titular |       |       |  / / | Sexo |     |     |
| **2** |  Parentesco |       |       |  / / | Sexo |     |     |
| **3** |  Parentesco |       |       |  / / | Sexo |     |     |
| **4** |  Parentesco |       |       |  / / | Sexo |     |     |
| **5** |  Parentesco |       |       |  / / | Sexo |     |     |
| **6** |  Parentesco |       |       |  / / | Sexo |     |     |

|  |
| --- |
| **Coberturas a Contratar** |
| **Cobertura**  | **Suma Asegurada (moneda:** Seleccione **)** |
| Gastos Funerarios | [ ]  |       |
| **Coberturas Adicionales (el Tomador no está obligado a contratarlas)** |  |
| Asistencia Primaria de Salud | [ ]  |       |
| Atención Médica Domiciliaria | [ ]  |       |
| Ambulancia | [ ]  |       |
| Otros Servicios:       | [ ]  |       |
| **Declaración del Estado de Salud de las Personas a Asegurar** |
| **Complete el siguiente cuestionario en todas sus partes** | **SI** | **NO** |
| 1. ¿Se encuentra usted y su grupo familiar en buen estado de salud? En caso negativo especifique: ¿Quién? e indique la razón
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Ha sufrido usted o alguna de las personas a incluir algún accidente? En caso afirmativo indique: ¿Quién?, secuelas y tratamiento aplicado
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Tiene usted o alguna de las personas a incluir planificada alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Usted o alguna de las personas a incluir ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres (3) años? Especifique: ¿Quién?, causa y fecha
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Usted o alguna de las personas a incluir posee alguna condición física especial? Especifique: ¿Quién? y ¿Cuál?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir con maquinaria pesada, electricidad de alta tensión o materiales inflamables y/o explosivos? Especifique: ¿Quién?, ¿Cuál?, ¿Con qué fin? y frecuencia de uso
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir encima de andamios, techos o edificios?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir patinetas, motocicletas, aeronaves o embarcaciones? Especifique: ¿Quién?, tipo y número de licencia
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. En caso de ser mujer: ¿Está usted o alguna de las personas a incluir embarazada? Especifique: ¿Quién? y tiempo de gestación
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Usted o alguna de las personas a incluir consume o ha consumido drogas que formen hábito? Especifique: ¿Quién?, tipo, cantidad y frecuencia
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Usted o alguna de las personas a incluir ingiere bebidas alcohólicas, fuma o dejo de fumar? Especifique: ¿Quién?, tipo, cantidad y frecuencia y/o tiempo transcurrido desde que dejo el hábito de fumar
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Practica usted o alguna de las personas a incluir algún deporte o alguna actividad de alto riesgo? Especifique: ¿Quién? y ¿Cuál?
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Por favor indique si usted o alguno de los familiares a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:
 |
| 1. Asma, enfisema u otra afección del sistema respiratorio
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Tensión arterial alta, angina de pecho, varices, infarto del miocardio u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis u otra afección del cerebro o sistema nervioso
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Afecciones del estómago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice u otras de las vías digestivas
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Trastornos endocrinos o tiroideos o de las glándulas mamarias
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Albúmina o sangre en la orina u otra afección de las vías urinarias (riñones, vejiga, próstata)
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torcedura, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Defectos físicos, mutilación, invalidez física o trastornos del desarrollo psíquico y somático
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Trastornos en la sangre, tumores, cáncer, SIDA, diabetes
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. ¿Alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco años, ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad?
 | [ ]  | [ ]  |
| **Detalles de las preguntas anteriores con respuesta afirmativa** |
| N° de Pregunta | Detalle (persona, evento, actividad, causa o diagnóstico, médico tratante, fecha de inicio, fecha de terminación, tratamiento, hospital o clínica)  |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |
|    |       |

|  |
| --- |
| **Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado Titular** |
| **Apellidos y Nombres** | **C.I.** | **Parentesco** | **Fecha de Nacimiento** | **% Participación** |
|       |       |       |  / / |     |
|       |       |       |  / / |     |
|       |       |       |  / / |     |
|       |       |       |  / / |     |
| **La sumatoria del porcentaje de participación debe ser igual al 100%** |
| **Intermediario(s)**  |
| **Apellidos y Nombres** | **Código** | **% Participación** | **Firma** |
|       |       |     |  |
| **Forma de Pago de la Prima** |
| Forma de pago: [ ]  Cheque [ ]  Transferencia [ ]  Domiciliación de Cobro Moneda: Seleccione |
| Instrumento para domiciliación: [ ]  Cuenta Corriente [ ]  Cuenta de Ahorro [ ]  Tarjeta de Crédito  |
| Nro. Instrumento: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Banco:       | Fecha de vencimiento de la Tarjeta: / / |
| **Declaración de Fe** |
| Yo,      , como propuesto asegurado, 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 con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que esta servirá de base a La Mundial C.A. Venezolana de Seguros de Crédito para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Yo,      , en mi carácter de tomador 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, valores o títulos producto de las actividades o, acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Administración de Riesgo de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.  |
| Fechado en Ciudad, el 10 de junio de 2025 |
| **Firmas** |
| Firma y huella dactilar del Tomador | Cédula de Identidad del Tomador | Firma y huella dactilar del Propuesto Asegurado | Cédula de Identidad del Propuesto Asegurado |
|  |  |  |  |
| **Decisión del Suscriptor** |
| Asegurable: Si [ ]  No [ ] Plazos de Espera: Si [ ]  No [ ] Exclusiones Temporales: Si [ ]  No [ ] Exclusiones Permanentes: Si [ ]  No [ ]  |
| Condiciones Especiales:       |