|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |