

**SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

En base a la información suministrada a continuación. EL ASEGURADO debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes con letra legible o de imprenta.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

1 er. Apellido		2 do. Apellido		1 er. Nombre		2 do. Nombre	
C.I. / R.I.F. / Pasaporte		Nacionalidad V E	Tipo de Persona Natural Jurídica	Estado Civil: S C D V		Sexo: M F	F/ Nacimiento
Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional Gubernamental		Profesión:		Área o Ramo		Ingreso anual Bs.	
Oficio u Ocupación:		Socio Empleado Ejercicio Independiente		Carga:			
Dirección de Habitación: Casa:		Edificio:		Apto.			
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:				
Urbanización		Ciudad:		Parroquia:			
Municipio		Estado:		Cód.. Postal:			
Teléfono Cód.. Área ()		Fax: Cód.. Área ()		E-Mail;			
Dirección de Oficina: Casa:		Edificio:		Apto.			
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:				
Urbanización		Ciudad:		Parroquia:			
Municipio		Estado:		Cód.. Postal:			
Teléfono Cód.. Área ()		Fax: Cód.. Área ()		E-Mail;			

DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al Propuesto Asegurado)

1 er. Apellido		2 do. Apellido		1 er. Nombre		2 do. Nombre	
C.I. / R.I.F. / Pasaporte		Nacionalidad V E	Tipo de Persona Natural Jurídica	Estado Civil: S C D V		Sexo: M F	F/ Nacimiento
Ingreso Anual Bs.:		Profesión:		Ocupación		Cargo:	
Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional Gubernamental		Profesión:		Área o Ramo:			

En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil y Representante Legal:

Razón Social:	Nombre Comercial:	N° de Registro Mercantil:	F/ Registro:
---------------	-------------------	---------------------------	--------------

Dirección

Casa:		Edificio:		Apto. / Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio		Estado:		Cód.. Postal:	
Teléfono Cód.. Área ()		Fax: Cód.. Área ()		E-Mail;	

Datos del Representante Legal:

1 er. Apellido		2 do. Apellido		1 er. Nombre		2 do. Nombre	
C.I. / R.I.F. / Pasaporte		Nacionalidad V E	Tipo de Persona Natural Jurídica	Estado Civil: S C D V		Sexo: M F	F/ Nacimiento
Profesión:		Ocupación:		Socio Empleado Ejercicio Independiente		Cargo:	

DIRECCIÓN DE COBRO

Casa:		Edificio:		Apto. / Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio		Estado:		Cód.. Postal:	
Teléfono Cód.. Área ()		Fax: Cód.. Área ()		E-Mail;	

PLAN A CONTRATAR

	Periodo Pago Primas (Años)	SUMA ASEGURADA
Vida Entera (Vitalicio)		
Vida Entera (Pago Limitado)		
Temporal		
Total		

ACTIVIDADES Y DEPORTES

¿Practica algún deporte? SI NO En caso afirmativo especifique cuál(es):

¿Practica o piensa practicar alguna actividad extrema como: Paracaidismo Alpinismo Submarinismo Competencia en Autos

Competencia en Motos Competencia en Lanchas Otros Especifique:

¿Realiza o piensa realizar vuelos en avión, avioneta, helicóptero? SI NO Especifique:

¿Es Usted? Pasajero Piloto o Tripulación Aviación: Comercial Civil Militar

En caso de ser Piloto, debe llenar el Cuestionario para Pilotos.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO

Hábitos

¿Usted fuma en la actualidad? SI NO En caso afirmativo especifique cantidad diaria:

¿Usted fumaba? SI NO En caso afirmativo desde hace cuanto tiempo:

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Especifique Tipo y Cantidad:
Nunca Algunas Veces Frecuentemente

¿Ha usado o usa drogas que formen hábito? En caso afirmativo indique:
SI NO Tipo: Cantidad: Frecuencia: Razón de su uso:

Salud (Antecedentes Personales)

Estatura: ¿Ha disminuido de peso en los últimos 10 años? SI NO Cuanto: Por Dieta SI NO
Peso: ¿Ha aumentado de peso en los últimos 10 años? SI NO Cuanto: Por Enfermedad SI NO

Si ha disminuido o aumentado de peso por Enfermedad, Indique la patología:

A su saber y entender, considera Usted que goza de buena salud SI NO

Padece o ha padecido usted de:	SI	NO
1) TENSION ALTA, INFARTO, ANGINA DE PECHO, ARTERIESCLEROSIS, INSUFICIENCIA CARDIACA, TROMBOFLEBITIS, AFECCIONES VASCULARES, FIEBRE REUMÁTICA, SOPLOS, HEMORRAGIAS CEREBRALES		
2) TOS CRÓNICA, ASMA BRONQUIAL, BRONQUITIS, TUBERCULOSIS, EPILEPSIA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NEUMONÍA		
3) GASTRITIS, ÚLCERAS, TRASTORNOS HEPÁTICOS, LITIASIS VESICULAR, HEMORROIDES, PÁNCREAS, COLON, RECTO, ESÓFAGO		
4) TRASTORNO EN LA SANGRE, TUMORES, CÁNCER		
5) DIABETES, OBESIDAD, ALTERACIONES DE LAS GLÁNDULAS HIPÓFISIS, PARATIROIDES, SUPRARRENALES		
6) CÁLCULOS RENALES, ENFERMEDAD DE LA PRÓSTATA, ALTERACIONES DE LA URETRA, RIÑONES Y VEJIGA		
7) EPILEPSIA, HEMIPLEJÍA, CONVULSIONES, PARÁLISIS, RETARDO MENTAL, PSICOSIS, MAREOS, VÉRTIGOS		
8) SÍFILIS, GONORREA, HIV, HERPES VIRUS TIPO II, INFECCIONES POR CONDILOMA		
9) DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS		
10) ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER COMO ALTERACIONES MENSTRUALES, FIBROMAS, PATOLOGÍAS DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS, ALTERACIONES DE LAS TROMPAS, OVARIOS Y/O ÚTERO		
11) CRISIS NERVIOSA O DOLORS PERSISTENTES DE CABEZA		
12) MOLESTIAS EN LA COLUMNA VERTEBRAL O EN LA ESPALDA		
13) MAREOS, DESMAYOS, ATAQUES, CONVULSIONES, VÉRTIGOS		
14) PARÁLISIS O ENFERMEDADES DEL CEREBRO		
15) ENFERMEDAD O DEFECTO DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS		
16) ARTRITIS, REUMATISMO, NEURITIS, ANEMIA O ENFERMEDADES DE LA SANGRE		
17) ANORMALIDAD O DEFORMIDAD FÍSICA		
18) ANORMALIDAD O ENFERMEDADES DE TIPO CONGÉNITO		
19) INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS, FIEBRES REPETIDAS		
20) SUDORACIONES NOCTURNAS PERSISTENTES		
21) INFECCIONES FRECUENTES		
22) ENFERMEDADES DE LA PIEL, ENFERMEDADES VENÉREAS		
23) AFECCIONES DE LA PRÓSTATA		
24) ALTERACIONES DE LA MENSTRUACIÓN, ENFERMEDADES PROPIAS DE LAS MUJERES O AFECCIÓN DE LAS MAMAS		
25) ¿HA TENIDO ALGUNA ALTERACIÓN DE LA SALUD O SÍNTOMAS QUE NO SE MENCIONEN EN ALGUNA PREGUNTA DE ESTA SECCIÓN?		
26) EN CASO DE SER MUJER: ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA? EN CASO AFIRMATIVO, ANEXE EL INFORME DEL MÉDICO TRATANTE.		
27) ¿ALGUNA VEZ SE LE HA PRACTICADO O SE LE RECOMENDÓ QUE SE LE PRACTICARÁ UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		
28) DENTRO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿HA CONSULTADO O HA SIDO EXAMINADO POR UN MÉDICO, O HA RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA?		
29) ¿HA ESTADO EN UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO O CASA DE REPOSO, PARA: DESCANSO, TRATAMIENTO, OBSERVACIÓN O DIAGNÓSTICO?		
30) DENTRO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿SE LE HAN PRACTICADO EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICOS, O BIEN RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS O EXÁMENES DE LABORATORIO?		
31) DENTRO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, ¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS?		

Detalles completos de las anteriores preguntas haya sido afirmativa

Nro. Preg.	Causas o Diagnostico	F/Comienzo	Duración Meses	Exámenes o Tratamiento	Resultado	Nombre Médico	Hospital o Clínica

¿A sido rechazado alguna vez como donante de sangre? En caso afirmativo, Indique por qué: SI NO

Si la COMPAÑÍA considera necesario obtener información más completa de su estado de salud, a fin de poder ejecutar una mejor evaluación del riesgo por salud (Antecedentes Familiares)

Salud (Antecedentes Familiares)

Ha habido en su familia casos de: DIABETES TUBERCULOSIS EPILEPSIA CARDIOPATÍA HIPERTENSIÓN CÁNCER
ENFERMOS MENTALES OTROS Especifique:

Relaciones Familiares:			
Parentesco	Edad	Vive / Estado de Salud	Fallecido / Causa
Padre			
Madre			
Hijos			
Hermanos			

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO							
1 er. Apellido	2do. Apellido	1 er. Nombre	2do. Nombre	F/Nacimiento	C.I.	Parentesco	%Suma Asegurada

OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS RIESGOS		
Pólizas Vigentes:		
NRO. POLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO

Intermediario(s):			
Apellido(s) y Nombre(s):	Código N°.	(%) Porc. De Participación	Firma

DECLARACION Y AUTORIZACIONES

Yo TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO:

- * Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- * Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de **LA EMPRESA DE SEGUROS** sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- * Yo, **EL TOMADOR** doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir proviene de una fuente lícita y por lo tanto no guarda o tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, productos de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.
- * Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a **EL ASEGURADOR**, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.
- * El dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales, previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y demás leyes vigentes que rigen la materia.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____.

El Tomador o Propuesto Asegurado debe(n) estampar la huella dactilar de mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Por el Tomador	Huella Pulgar del Tomador	Del Propuesto Asegurado Titular	Huella Pulgar del Propuesto Asegurado Titular
Firma: _____ TOMADOR		Firma: _____ ASEGURADO TITULAR	

Yo, Intermediario del Seguro:

Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por **EL TOMADOR** y/o **PROPUESTO ASEGURADO** y que la información dada de su identificación es íntegra.

Intermediario(s) de Seguros:			
Apellido(s) y Nombre(s)	Código N°	(%) Por. de Participación	Firma