

I. DATOS DE LA SOLICITUD					
Póliza Nro.:		Fecha de Solicitud: / /		Nro.Solicitud:	
Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /		Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Renovación			Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica
II. DATOS DEL TOMADOR					
Apellidos y Nombres o Razón Social:		Número Cédula de Identidad / R.I.F.: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J		Fc. de Nac. / Registro CIA: / /	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D otro: _____		Fc. de Nac.: / /		Lugar de Nacimiento: Edo.: País: Nro. de Registro: Tomo:	
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental otro: _____		Actividad Económica:		Profesión:	
Ocupación:		Relación de Trabajo (tipo de ejercicio): <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente		Ingreso Mensual: Patrimonio:	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización: <input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:	
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso: <input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Apto: <input type="checkbox"/> Oficina: Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> otra:	
Teléfono de Habitación:		Zona Postal:		E-mail:	
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización: <input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:	
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso: <input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Apto: <input type="checkbox"/> Oficina: Fax:	
Teléfono de Oficina:		Zona Postal:		E-mail:	
III. DATOS DEL CONTACTO					
Apellidos y Nombres:			Número Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización: <input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:	
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso: <input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Apto: <input type="checkbox"/> Oficina: Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> otra:	
Teléfono de Habitación:		Zona Postal:		E-mail:	
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización: <input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:	
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso: <input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Apto: <input type="checkbox"/> Oficina: Fax:	
Teléfono de Oficina:		Zona Postal:		E-mail:	
IV. DATOS DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO					
Apellidos y Nombres:			Número Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
Fecha de Nacimiento: / /		Sexo:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	
Lugar de Nacimiento: otro: _____		País:		Estado:	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización: <input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:	
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso: <input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Apto: <input type="checkbox"/> Oficina: Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> otra:	
Teléfono de Habitación:		Zona Postal:		E-mail:	

Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	<input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:	
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Piso:	<input type="checkbox"/> Apto:	Fax:		
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:	<input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Oficina:			
Teléfono de Oficina:		Zona Postal:	E-mail:		
<b>Frecuencia de Pago</b>			<b>Forma de Pago</b>		
<input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral		<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Débito en Cta.	<input type="checkbox"/> TDC
<input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Nro. Tarjeta / Cuenta: _____			
<b>V. AVISO</b>					
Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionadas en esta Solicitud entre la firma del TOMADOR y la emisión de la Póliza, o durante la vigencia de la Póliza, debe ser participada al ASEGURADOR. En tales casos, el ASEGURADOR se reserva el derecho a rechazar la Solicitud o anular el Contrato, o de aplicar una Tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que el ASEGURADOR se formará del riesgo, de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza.					
<b>VI. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN</b>					
Yo, el Tomador:					
A) Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y Plazos de Espera y demás condiciones de la Póliza.					
B) Hago constar que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.					
C) Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.					
D) Conozco que tengo la facultad de escoger las coberturas que deseo y no estoy obligado a tomarlas todas y cada una de ellas.					
E) Doy fe que el dinero utilizado para el pago del presente seguro 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.					
_____			_____		
Lugar y Fecha			Firma del Tomador		
<b>PRODUCTORES</b>					
Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma		
PARA USO DE LA COMPAÑÍA <input type="checkbox"/> Información Completa <input type="checkbox"/> Información Incompleta					
Emisión: autorizado por: _____ Con Vigencia: _____					
Observaciones:			Firma del médico:		