

Datos de Identificación del Solicitante Titular

Nro. C.I./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	R.I.F. Nro.:
1er. Apellido:	País de origen: Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2do. Apellido:	Apellido de Casada:	
1er. Nombre:	2do. Nombre:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional	Ramo:
Descripción de la actividad:		
Profesión y Oficio:	Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	El Tomador es el Solicitante Titular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección de Habitación

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:	Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
Correo Electrónico:			

Datos de Identificación del Tomador (en caso de que sea distinto al Solicitante Titular)

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Natural	Nro. de RIF / C.I.:	Nro. de NIT:
Denominación de la Razón Social / Nombres y Apellidos:	Siglas / Nombre Comercial:	
Nombre del Registro Mercantil:	Circunscripción Judicial:	Tomo: Número: Fecha:
Representante Legal de la Empresa Nombres y Apellidos:	C.I. / Pasaporte:	Cargo:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental	Ramo:	
Descripción de la Actividad:	Profesión y Oficio:	
Dirección de Habitación:		
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.: Fax: (Cód.) Nro.:
Correo Electrónico 1:	Correo Electrónico 2:	
Dirección y Teléfonos de la Empresa donde Trabaja:		

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.): <input type="checkbox"/> Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos <input type="checkbox"/> Mayor a doce (12) Salarios Mínimos
Patrimonio (en Bs.): <input type="checkbox"/> Menor o igual a veinticuatro (24) Salarios Mínimos <input type="checkbox"/> Mayor a veinticuatro (24) Salarios Mínimos

Persona Expuesta Políticamente

La persona expuesta políticamente es una persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario o funcionaria importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, elegido o no, un miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero o un ejecutivo de alto nivel de una corporación, que sea propiedad de un gobierno extranjero. En el concepto de familiares cercanos se incluyen a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad. También se incluyen en esta categoría a cualquier persona jurí dica que como corporación, negocio u otra entidad haya sido creada por dicho funcionario(a) en su beneficio. Esta categoría se mantendrá mientras la persona persista en el cargo y durante cinco (05) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo.

¿Desempeña o ha desempeñado cargo público relevante en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Usted es usted o ha sido miembro de la directiva de algún partido político en la República Bolivariana de Venezuela o el cargo equivalente para los partidos políticos en el de otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

Suma Asegurada

Moneda convertible: _____ Bs.: _____

Forma de pago de la Prima: Anual Semestral Trimestral Mensual

Familiares a incluir en la Póliza

Apellidos y Nombres	Parentesco con el Propuesto Asegurado	C.I. Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación

Beneficiarios

Apellidos y Nombres	Parentesco con el Propuesto Asegurado	C.I. Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Particip.	Teléfono Contacto
Total Participación:					100 %	

Declaración del Solicitante Titular / Tomador

Yo _____ antes identificado, en mi condición de contratante y pagador de la prima de la Póliza solicitada por el presente, doy fe de 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, bienes, valores, títulos, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo.

Declaro(amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Asimismo, estoy en conocimiento que la información suministrada en la presente Solicitud constituye la base para el análisis del riesgo y para la emisión de la póliza solicitada al Asegurador, por lo que cualquier omisión o tergiversación en dicha información será razón para la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza y en la normativa vigente.

Autorizo(amos) la verificación de la información aquí suministrada, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente Solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador.

Lugar y Fecha Declaración: _____, _____

Apellidos y Nombres Tomador:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Tomador:	Huella Dactilar Tomador Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda
Apellidos y Nombres Solicitante Titular:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Solicitante Titular:	Huella Dactilar Solicitante Titular Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda

Intermediario

Apellidos y Nombres::	Código:	% Participación:	Firma:
-----------------------	---------	------------------	--------

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-1-1-315-2021 de fecha 05/10/2021