

**I. DATOS DE LA SOLICITUD**

Póliza Numero:	Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	Suma Asegurada:
Sucursal:	Forma de pago:	Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	

II. DATOS DEL TOMADORNúmero de **Pasaporte** en el caso en que el tomador sea una persona natural extranjera no residente

Nombres y Apellidos o Razón Social:		N° C.I., RIF. o Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J		Sexo:
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Edad:	F. de Nacimiento: / /	Lugar de Nacimiento:	Estado:
Datos del Registro Mercantil: Tomo: Número: Fecha: / /		Nombre del Registro		Circunscripción Judicial
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Oficio u Ocupación:
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:		Patrimonio
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización:
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<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:	Teléfono:		Celular N°
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización:
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<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:	Teléfono:		Celular N°
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		

III. REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA (Cuando el Tomador es Persona Jurídica)

Nombres y Apellidos:		N° C.I. o N° Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:	
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<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:	Teléfono:	
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<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:	Teléfono:	
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>	

IV. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:		N° C.I o N° Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	F. de Nacimiento: / /	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo:	Lugar de Nacimiento:	Estado:
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Ocupación u Oficio
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:	Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle: _____		<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:	Teléfono:	Dirección de Correo a(E-mail)	
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle: _____		<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:	Teléfono:	Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		

V. BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres	Parentesco	% Indm.	Cédula de Identidad

VI. CUESTIONARIO PARA EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Estatura:	Peso:	Ha perdido o ganado peso en el último año? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle:		
Consumo bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____		Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde cuando no fuma?: N° de cigarrillos diarios: _____ Desde que edad? :		
Usa tranquilizantes o narcóticos?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique cantidad diaria:		Dentro de los últimos 5 años ha consultado y/o ha sido examinado, por un medico, o ha recibido atención médica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Se le ha practicado o se le recomendó que se practicara una intervención quirúrgica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ha estado en Hospital, clínica, sanatorio o casa de reposo para descanso, tratamiento, observación o diagnóstico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Dentro de los últimos 5 años ha recibido transfusiones sanguíneas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dentro de los últimos 5 años, se le ha practicado exámenes especiales de diagnóstico o bien radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ha tenido accidente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descríbalo:				
Ha tenido fracturas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De que?: _____ Fecha: / /				
Consecuencias: _____ Nombre del médico:				
Se considera usted sano? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> de no ser afirmativo detalle:				

VII. DECLARACION DE SALUD

Ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades?					
a) Enfermedades cardiacas, soplos, infartos?	Si	No	l) Molestias en la columna vertebral o en la espalda?	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Dolor en el pecho, angina, palpitaciones presión Arterial alta.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	m) Mareos, desmayos, ataques, convulsiones, vértigos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) Enfermedades de las tiroides o de otras glándulas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Parálisis o enfermedades del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Enfermedades de las venas o de las arterias aneurismas, flebitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Enfermedad o defectos de los ojos o de los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Enfermedades pulmonares o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) Artritis, reumatismo, neuritis, anemia o enfermedades de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemas de la vesícula, estomago o intestinos? (Ulceras, diarreas frecuentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Anormalidad o deformidad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tumores, cáncer, leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) Anormalidad o enfermedad de tipo congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Diabetes o azúcar en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Inflamación de los ganglios, fiebres repetidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Enfermedades de los riñones o vejiga, infecciones de la orina, cólicos nefríticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) Enfermedades de la piel, enfermedades venéreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hepatitis, ictericia o enfermedades del hígado o del páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u) Infecciones Frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			v) Afecciones de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Enfermedades nerviosas o mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w) Alteraciones en la menstruación o enfermedades propias de las mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. SOLO PARA MUJERES

a) Está Embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	c) Ha sufrido de los senos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	e) De los ovarios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Ha tenido dificultad en los partos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	d) De la matriz Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f) Ha tenido abortos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cuantos:

Causa:

IX. ANTECEDENTES FAMILIARES

Historial Familiar	Edad	Vivo		Estado de Salud o Estado de Muerte
		Si	No	
Padre				
Madre				
Cónyuge				
* Hermanos(as) Nº:				
* Hijos Nº:				

(*) Anotar únicamente las edades del mayor y del menor

X. DATOS DE DOMICILIACION

En caso de pago por alguna de sus tarjetas o cuentas señale con cual autoriza el pago y su renovaciones futuras:

Banco:	Nro. Cuenta:	Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Tipo de Tarjeta: American <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/>	Código:	Fecha Vencimiento: / / Nº Tarjeta:

XI. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Yo, el tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, etc., provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada"

En la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del Tomador

Firma del Propuesto Asegurado Titular

PRODUCTOR

Nombres y Apellidos	Código	Firma
---------------------	--------	-------