



SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 93

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Póliza Nueva | <input type="checkbox"/> Modificación | Sucursal: |
| Vigencia Desde: | | Hasta: |

VIDA ENTERA
 VIDA ENTERA PAGOS LIMITADOS
 VIDA TEMPORAL FIJO
 DESGRAVAMEN HIPOTECARIO

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

| A. Tomador | | | | | |
|--|---|--|---|------------------------------|---------------|
| Nombres y Apellidos o Razón Social: | | | | C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado | Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ | Profesión: | Oficio u Ocupación: | |
| Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente | | Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales: | Lugar de Nacimiento: | | |
| Fecha de Nacimiento / Const.: | | Número de Registro: | Tomó: | Nombre del Registro: | |
| Dirección de Habitación: | | | | | Ciudad: |
| Estado: | Municipio: | Zona Postal: | Teléfono/Fax: | Teléfono Móvil: | E-mail: |
| Dirección de Cobro: | | | | | |
| Ciudad: | Estado: | Municipio: | Zona Postal: | Teléfono/Fax: | E-mail: |
| Dirección de Oficina: | | | | | Teléfono/Fax: |
| B. Propuesto Asegurado | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado | Lugar de Nacimiento: | | Fecha de Nacimiento: | |
| Profesión: | Oficio u Ocupación: | Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ | Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente | | |
| Dirección de Habitación: | | | | | Teléfono: |
| Dirección de Oficina: | | | | | Ciudad: |
| Estado: | Municipio: | Zona Postal: | Teléfono/Fax: | Teléfono Móvil: | E-mail: |
| C. Representante Legal | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | C.I./ Pasaporte N°: | |
| Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ | | | Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales: | | |
| Dirección de Habitación: | | | | | Teléfono: |
| Dirección de Oficina: | | | | | Teléfono/Fax: |

| D. Datos Particulares | | | |
|--|-----------------|--|---|
| Ocupación Extra: | Es fumador (a): | Examen Médico: | Préstamo Hipotecario: |
| Banco: | Nº Préstamo: | Tasa: | Prima anual: |
| E. Otros Seguros de Vida y Accidentes Personales Vigentes | | | |
| Compañía: | | Fecha de Emisión: | Suma Asegurada: |
| ¿Le han sido aceptadas con recargo de la prima? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Indique motivo: | |
| ¿Está solicitando simultáneamente algún Seguro de Accidentes Personales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Compañía: | Fecha de Emisión: |
| ¿Alguna Compañía le ha rechazado, cancelado o diferido emitir o rehabilitarle un Seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Cuál? _____ ¿Causa? _____ | |
| F. Hábitos del Propuesto Asegurado | | | |
| ¿Es aficionado(a) a algún deporte (Pesca, cacería, boxeo, polo, alpinismo, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Cuál? _____ Frecuencia: _____ | |
| ¿Practica actualmente aviación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Vuela con frecuencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Posee vehículo propio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Maneja usted algún tipo de vehículo o automóvil (aparte de su vehículo personal) tractor, camión, grúa, lancha, etc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Indique: _____ | |
| Estatura: | Peso: | Tensión Arterial: | ¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | ¿Cuáles? _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____ | |
| G. Declaración de Salud del Propuesto Asegurado | | | |
| A) ¿Se le ha practicado o se le recomendó practicarse alguna intervención quirúrgica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ | | B) ¿Dentro de los últimos 5 años, ha sido examinado por un médico o ha recibido atención médica? Especifique: _____ | |
| C) ¿Ha estado en Hospital, Clínica, Sanatorio, o Casa de Reposo para descanso, tratamiento, observación o diagnóstico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | D) ¿Dentro de los últimos 5 años se le han practicado exámenes especiales de diagnóstico o bien radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| E) ¿Dentro de los últimos 5 años, ha recibido transfusiones sanguíneas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | F) ¿Ha recibido quimioterapia o radioterapia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| G) ¿Ha tenido accidentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ Consecuencias: _____ | | H) ¿Ha tenido fracturas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha: _____ Consecuencias: _____ | |
| I) ¿Ha cambiado su peso en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique: _____ | | J) ¿Se considera una persona saludable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Explique: _____ | |
| K) Nombre de su Médico: Teléfono (s): _____ | | | |
| H. Enfermedades (Padecidas o Tratadas) | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas, soplos, infarto | | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones o vejiga, infecciones urinarias, cólicos nefríticos | |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho, angina, palpitaciones, presión alta | | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | |
| <input type="checkbox"/> Tiroides u otras glándulas | | <input type="checkbox"/> Afecciones de la próstata | |
| <input type="checkbox"/> Sistema circulatorio, sangre, venas, arterias, aneurismas, flebitis | | <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia o enfermedades del hígado o páncreas | |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio, dificultad para respirar | | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | |
| <input type="checkbox"/> Esófago, estómago, vesícula, intestinos. Úlceras o diarreas frecuentes | | <input type="checkbox"/> Inflamación de los ganglios, fiebres repetidas | |
| <input type="checkbox"/> Quistes, tumores, cáncer, leucemia | | <input type="checkbox"/> Enfermedades nerviosas o mentales | |
| <input type="checkbox"/> Molestias en la columna vertebral o espalda | | <input type="checkbox"/> Anormalidad o deformidad física | |
| <input type="checkbox"/> Mareos, desmayos, ataques, convulsiones, vértigos | | ¿Cuál? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis o enfermedades del cerebro | | <input type="checkbox"/> Anormalidad o enfermedad de tipo congénito | |
| <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo, neuritis | | ¿Cuál? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, azúcar, albúmina o sangre en la orina | | | |

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

| I. Sólo para Mujeres | | | |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| A) ¿Ha presentado alguna vez, quiste, tumor, lesiones, o enfermedad de los senos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | B) ¿Ha presentado alguna vez, quiste, tumor, lesiones, o enfermedad de las trompas, útero u ovarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| C) ¿Alteraciones en la menstruación o enfermedades propias de las mujeres? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | D) ¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuántos: H: _____ V: _____ | |
| E) ¿Sus partos han sido normales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha del último: | | F) ¿Ha tenido partos por Cesárea? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de la última: | |
| G) Ha tenido: <input type="checkbox"/> Parto Múltiple <input type="checkbox"/> Parto Prematuro <input type="checkbox"/> Aborto (s) <input type="checkbox"/> Feto (s) muerto (s) | | | |
| J. Historia Familiar | | | |
| Parentesco | Edad | Vive | Estado de Salud o Causa de Deceso |
| Padre | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Madre | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Cónyuge | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Hijos* | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Hermanos* | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| * De mayor a menor edad | | | |
| K. Beneficiarios | | | |
| C.I. / R.I.F | Apellidos, Nombres | Parentesco | % Particip. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Favor anexar fotocopia (s): C.I. Beneficiario (s)/Partida (s) de Nacimiento (s) | | | |
| ¿El (los) beneficiario(s) depende(n) de usted para su manutención? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| L. Beneficiario Preferencial | | | |
| | | | |
| M. Planes | | | |
| | | | Suma Asegurada |
| <input type="checkbox"/> Desgravamen Hipotecario | () Años, Tasa de Interés (%) | | |
| <input type="checkbox"/> Vida Temporal Fijo | () Años | | |
| <input type="checkbox"/> Vida Entera | | | |
| <input type="checkbox"/> Vida Entera Pagos Limitados | () Años | | |
| N. Coberturas Adicionales | | | |
| Descripción de Coberturas | | Suma Asegurada | |
| <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento | | | |
| <input type="checkbox"/> Pago de Capital por Incapacidad | | | |
| <input type="checkbox"/> Gastos de Entierro | | | |
| <input type="checkbox"/> Temporal Adicional | | | |
| O. Información del Productor | | | |
| ¿Cuánto hace que conoce al Propuesto Asegurado? | | ¿Por qué causas? | |
| ¿Sabe si es una persona saludable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | ¿Sabe si el Propuesto Asegurado practica alguna actividad de alto riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Sabe si el Propuesto Asegurado sufre o ha sufrido alguna enfermedad, lesión o accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿Cuál? | | | |

P. Declaración

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

Yo _____ el Tomador, portador (a) de la C.I./ Pasaporte Nro: _____, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores, títulos 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 de la República.



Firma y Sello del Tomador
Cédula de Identidad:
Lugar:
Fecha:

Huella Dactilar del Tomador
(Pulgar Derecho)

Productor de Seguros

Nombre y Apellido:
Cédula de Identidad:
Código:

Firma:

Lugar: _____ Fecha: / /