

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL SOLICITUD DE SEGURO

DATOS DEL TOMADOR (Persona: Natural Jurídica)

Apellidos y Nombres/Razón Social			
Nacionalidad:		Nº C.I./Nº Pasaporte/RIF:	
Dirección habitación:			
			Teléfonos
Dirección de cobro:			
			Teléfonos
Dirección de la Empresa:			
Teléfonos	Fecha de constitución:	No. de registro:	Tomo No.:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil:	Fecha de nacimiento:	
Profesión:	Ocupación:	Actividad comercial:	
Patrimonio Bs.		Ingreso anual Bs.	

REPRESENTANTE DEL TOMADOR: Sólo si éste es Persona Jurídica

Apellidos y Nombres			Nº C.I./Nº Pasaporte	
Estado civil	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Lugar de nacimiento
Dirección habitación				
				Teléfonos
Dirección oficina				
			Teléfonos	Profesión:
Ocupación:		Actividad comercial:		Ingreso anual Bs.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombres			Nº C.I./Nº Pasaporte	
Estado civil	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Lugar de nacimiento
Dirección habitación				
				Teléfonos
Dirección oficina				
			Teléfonos	Profesión:
Ocupación:		Actividad comercial:		Ingreso anual Bs.

COBERTURA

Plan:	Suma asegurada:	Moneda: <input type="checkbox"/> Bs. <input type="checkbox"/> US\$	
Vigencia del seguro: Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____		Forma de pago de la prima: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	

CUESTIONARIO

¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 6 meses? Si ___ No ___ Promedio diario _____

¿Consumo bebidas alcohólicas? Si ___ No ___ Promedio diario _____

¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica? Si ___ No ___

¿Tiene prevista alguna operación quirúrgica? Si ___ No ___

¿Ha consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria, crónica o defecto? Si ___ No ___

Según su más leal saber o entender ¿Padece actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? Si ___ No ___

En caso de ser del sexo femenino ¿Está usted en estado de gravidez? Si ___ No ___

¿Usted actualmente consume algún tipo de medicamento prescrito por su médico? Si ___ No ___

¿Le han practicado alguna transfusión de sangre? Si ___ No ___

¿Alguno de sus familiares han muerto o padecido de una enfermedad del corazón, cáncer, diabetes, mental, tuberculosis, renal o hipertensión? Si ___ No ___

En caso que algunas de las respuestas a las preguntas anteriores sean afirmativa, dé detalles al respecto:

¿Usted tiene o está contratando póliza de vida en ésta u otra empresa de seguro? Si ___ No ___

Si la respuesta es afirmativa, indique empresa de seguro:

Nº de póliza

Suma asegurada:

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres	Fecha de Nac.	Nº C.I.	Parentesco	% Participación

ACLARATORIA DE LA EMPRESA DE SEGUROS AL TOMADOR

Queda entendido que esta solicitud de seguro no obliga a LA EMPRESA DE SEGUROS a la celebración del contrato, en caso que así sea, estará sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza de seguro y formará parte integrante de la misma.

En caso de declaraciones falsas se aplicará lo dispuesto al respecto en las Condiciones Generales de la Póliza.

DECLARACIÓN JURADA DEL TOMADOR

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por 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 sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

PRODUCTORES DE SEGUROS

Código	Apellidos y Nombres	% Participación	Firma

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Firma del Tomador _____