

I. Datos del Tomador

Nombres y apellidos/razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

J ☐ G ☐ V ☐ E ☐

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 ☐ Entre 530 y 1.320 ☐ Mayor a 1.320 ☐

Actividad económica: Comercial ☐ Profesional ☐

Ocupación: Socio ☐ Empleado ☐ Ejercicio profesional ☐ Otro ☐

Fecha constitución de la empresa: _____

Dirección de Habitación

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Dirección de Oficina

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Dirección de Cobro

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

II. Datos del Representante Legal

Nombres y apellidos/ razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V ☐ E ☐ J ☐

Estado civil: C ☐ S ☐ V ☐ D ☐ Otro ☐

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 ☐ Entre 530 y 1.320 ☐ Mayor a 1.320 ☐

Actividad económica: Comercial ☐ Profesional ☐ Especifique: _____

Ocupación: Socio ☐ Empleado ☐ Ejercicio profesional ☐ Otro ☐

Dirección de Habitación

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

III. Datos del propuesto Asegurado Titular

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V ☐ E ☐ J ☐ _____Fecha de nacimiento / registro de compañía: _____ Sexo: M ☐ F ☐Estado civil: C ☐ S ☐ V ☐ D ☐ Otro ☐ _____Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 ☐ Entre 530 y 1.320 ☐ Mayor a 1.320 ☐Actividad económica: Comercial ☐ Profesional ☐Ocupación: Socio ☐ Empleado ☐ Ejercicio profesional ☐ Otro ☐ _____

Sueldo/ Ingreso Mensual: _____ Localidad: _____

Dirección de Habitación

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Dirección de Oficina

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

Dirección de Cobro

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

IV. Inscritos

N°	Apellidos y Nombres	Fecha de Nac.	Nro. C.I	Sexo	Parentesco
Titular					
2					
3					
4					
5					
6					

V. Coberturas Solicitadas

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Básica		
Maternidad Básica		
Exceso (Contratación Opcional)		
Maternidad Exceso (Contratación Opcional)		

Coberturas Adicionales (Contratación Opcional)

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

VI. Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Titular

Apellidos y Nombres	Nacionalidad	Nro. C.I	Parentesco	% Participación

VII. Cuestionario

¿Usted y los inscritos gozan de buena salud y no padecen ninguna enfermedad? Sí ☐ No ☐

en caso negativo, detalle: _____

¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? Sí ☐ No ☐

en caso afirmativo, detalle: _____

VIII. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

Nota: El contrato de seguro solicitado comienza su validez una vez expedida por La Compañía la Póliza respectiva y sea pagada a ella la Prima correspondiente al primer período del Seguro, mediante recibo emitido por La Compañía.

IX. Datos Bancarios para Pago a Titulares

En caso que la compañía deba efectuar un pago al titular de la póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el titular haya suministrado previamente a la compañía.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Prima ☐ Otra cuenta ☐ favor indicar:

Banco	N° de Cuenta																Tipo de Cuenta
Venezuela																	

X. Declaraciones

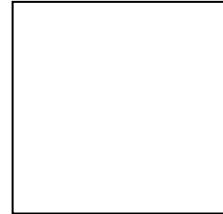
En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, doy fe 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, capitales, bienes, haberes, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, conforme a lo dispuesto en el Título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.621, de fecha 22 de febrero de 2011, y cuya reforma fue publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.694, de fecha 13 de junio de 2011.

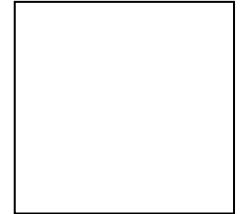
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el No. 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-16925-2014 de fecha 7 de Abril de 2015".**