

## SOLICITUD DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

Nº DE PÓLIZA:	_	_	_	_	1
FECHA:					1

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14 Chacao, Estado Miranda. RIF. G-20008701-3 Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el Nº 48 Capital Suscrito y Pagado: 34, 905.483,34 Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada a máquina o letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador y su Intermediario de seguros, si lo hubiere.

☐ EMISIÓN ☐ MODIFICACIÓN ☐ INCLUSIÓN ☐ EXCLUSIÓN																	
DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA																	
APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:  C.I., R.I.F. O Nº DE PASAPOR'  V E								RTE:									
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:  Cod. Área: №																	
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:																	
CIUDAD:		ZONA POS	STAL:		ESTA	TELÉFONO:						TELÉFONO (Otro donde Ubicarle):					
Cod. Área: N° Cod. Área:  DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO																	
APELLIDOS Y NOME	RES:	X												C.I.,	R.I.F. O Nº DE PAS	APOR	TE:
		ė.													/ =		
LUGAR Y FECHA DE	NACIN	MIENTO:		E	DAD:	PESO	O: ESTATURA:			SEXO:	SEXO: ¿ES ZURDO?:			ESTADO CIVIL:			D
DIRECCIÓN DE HAB	ITACIĆ	DN:															
CIUDAD:	ZC	NA POSTA	L: E	STADO	D:			TELÉ	ÉFONO:				TELÉ	FON	O MÓVIL:		
						10		Cod.	Área:	N°			Cod.	Área	: N°		
DIRECCIÓN DE TRA	BAJO:	٧															
CIUDAD:	ZC	NA POSTA	L: E	STADO	D:		TELÉFONO: TELÉFONO (Otro donde Ubicarle						e):				
							Cod. Área: N° Cod. Área: N°										
OCUPACIÓN ACTUA	AL:		Т	IEMPO	) EN	EL TRABA.	AJO: DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:										
				SI N	ABAJO POR RAZONES EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE:												
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: INDIQUE LA RELACIÓN O PARENTESCO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA:								ZA:									
SUMAS ASEGURADAS POR COBERTURA							Mark II										
PROPUESTO	N	UERTE AC	CIDE	NTAL		INVAL	INVALIDEZ PERMANENTE GÁSTOS MÉDICOS INCAPACIDAD T					INCAPACIDAD TE	EMPORAL				
ASEGURADO TITULAR																	
SELECCIONE EL DEPORTE QUE PRACICA INDIQUE EL TIPO DE TRABAJO							SI	NO									
NOMBRE DEL DEPORTE SI NO				N	° HORAS	¿UTILIZA MAQUINARIA PESADA?											
COLEO, RODEO, EQUITACIÓN				3.00	¿UTILIZA SIERRAS O TORNOS?												
PESCA EN ALTA MAR						¿EFECTÚA TRABAJOS DE CARGA O DESCARGA?											
ESPELEOLOGÍA ¿TRABAJA CERCA DE ELECTRICIDAD DE ALTA TENSIÓN?																	
ALPINISMO					¿TRABAJA CON MATERIALES INFLAMABLES O EXPLOSIVOS?												
SUBMARINISMO					¿TRABAJA FUERA DE LA EMPRESA U OFICINA?							,					
MOTOCICLISMO				¿TRABAJA SOBRE ANDAMIOS, TECHOS O EDIFICIOS?													
PARACAIDISMO, AVIACIÓN REALIZA USTED ALGUNAS DE ESTA ACTIVIDADES							SI	NO									
OTROS: ¿MANEJA MOTOCICLETA, MOTOCICLETAS O SCOOTERS?							:0										
¿VIAJA COMO PASAJERO EN AERONAVE DE PROPIEDAD PARTICULAR?																	
¿PILOTEA AERONAVES PARTICULARES?																	
× .		=24			11		¿DE	SEA	ESTAR ASE	GURADO	DURA	ANTE LAS ACT	IVIDAD	DES A	ANTERIORES?		

EN CASO DE DE SUFRIR O HABER SUFRIDO ALGUNA D	E LAS	ENFE	RMEDADESANTERIORES, SUMINISTRE LOS SIGUIENTES	DATO	S		
ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO		
TRASTORNOS VÍA DIGESTIVA: Estomago, Intestino, Vesícula Biliar, Gastritís.			Cáncer, Tumor, Quistes, Hernia.				
SISTEMA RESPIRATORIO: Tuberculosis, asma, tos, Bronquitis, pulmonía, Disnea.			Convulsiones, Bocio, Desmayos, Mareos.				
SISTEMA CARDIOVASCULAR: Infartos, Tensión Alta, Varices, Dolor en el Pecho, Palpitaciones.			Alta o Baja de Presión, Enfermedades Cardíacas.				
SISTEMA NERVIOSO: Epilepsias, Vértigo, Migraña, Trastorno Mentales, Neuralgias.			Lesiones o Dolores de Cabeza, Trastorno Glandular.				
SISTEMA MOTOR: Fracturas de Huesos, Reumatismo, Osteoporosis, Artritis, Espina Dorsal, Ciática.			Enfermedades o Defecto de la Vista, Oído, Nariz, o Garganta.				
SISTEMA GENITOURINARIO: Enfermedades Venéreas, Riñón, Sífilis, Trastomos del Recto, Fibromas, Colesterol Alto.			Albúmina o Azúcar en la Orina.				
TRASTORNOS DE LA SANGRE: Diabetes, Anemia, Colesterol Alto.			Defecto o Amputación de algún miembro.				
ESPECIFIQUE OTROS TRASTORNOS:							
CAUSA Y DETALLE DE LA ENFERMEDAD:							
- V			PERÍODO DE INCAPACIDAD	):			
			'				
CAUSA Y DETALLE DE LA ENFERMEDAD:			RESULTADO DEL TRATAMIENTO:				
y							
¿PRESENTA MUTILACIONES, DEFORMACIONES O EN CASO AFIRMATIVO, IN DEFECTOS FÍSICOS?	IDIQUE (	CUAL Y S	SU NATURALEZA:				
¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE, DISLICACIÓN O EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE ESTADO ACTUAL: FRACTURA? SI NO							
FECHA DE OCURRENCIA: NATURALEZA DE LAS LESIONES:							
¿HA ESTADO USTED BAJO OBSERVACIÓN, TRATAMIENTO MÉDICO QUIRURGICO, O HA INGRESADO, A ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO DÍAS? SI NO							
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE NOMBRE DE LA ENFERMEDAD:  DESDE: HASTA:							
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO:							
¿ES USTED PILOTO? ¿DESEA ESTAR ASEGURADO DURANTE EL FUNCIONES COMO PILOTO? SI	EJERO NO		E SUS FRECUENCIA CON LA CUAL VIAJA: POCA MEDIANA MUCHA MUCHA				
SI ES PILOTO, DEBERÁ LLENAR UNA PLANILLA ADICIONAL, QUE PODRÁ SOLICITAR A SU PRODUCTOR O EN CUALQUIERA DER LAS OFICINAS DE LA COMPAÑIAM SIN LA CUAL NO SE PODRÁ SUSCRIBIR LA PÓLIZA.							
BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO							
APELLIDO Y NOMBRE PARENTESC	0		ULA DE FECHA DE EN CASC ITIDAD NACIMIENTO MUERTE				
	$\perp$				22		
				ă.			
SI AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO, ALGUNO DE MIS BENEFICIARIOSES MENOR DE EDAD, ASIGNO COMO TUTOR(A) A: (INDIQUE C.I. Y PARENTESCO)							

	OTROS SE	GUROS	
QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOI	LICITADO		
ASEGURADOR:	MONTO Bs.:	TIPO DE SEGURO:	FECHA:
. ASEGURADOR:	MONTO Bs.:	TIPO DE SEGURO:	FECHA:
LE HA SIDO NEGADA ALGUNA SOLICITUD DE S ¿NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS Y D		PERSONALES EN OTRA EN	IPRESA DE SEGUROS? ( INDIQUE EL
Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:			
a. Que he leído y entendido cabalmente ca amplia, completa y exacta, dependiendo de	ada una de las partes de e e ella la validez del Segui	esta Solicitud y que la info ro.	rmación que suministro es verdadera,
b. Que acepto que la responsabilidad de la	Empresa de Seguros con	nienza una vez celebrado e	el contrato de seguros.
c. Que no he omitido o simulado ningún hec el riesgo a correr por el Seguro solicitado. I cesando la responsabilidad del Asegurado póliza de Casco de Vehículos Terrestres.	En caso que se comprueb	pe fraude o declaración fals	sa, hace de hecho NULO este Contrato
YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERI FUENTE LÍCITA Y NO TIENE RELACIÓN ACTIVIDADES ILÍCITAS O DE LOS DELIT DELINCUENCIA ORGANIZADA". (Aprobado por la Superintendencia de Seg	ALGUNA CON CAPITA OS DE LEGITIMACIÓN	LES, BIENES, HABERES ( DE CAPITALES PREVISTOS	O BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS S EN LA "LEY ORGÁNICA CONTA LA
(Aprobado por la supermenacinela de seg	garos mediante oneio iv	. oo, , , , , ac reena z. , ac r,	gosto de 2000).
FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO	FIRMA DEL T	OMADOR	FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS
APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO	DE SEGUROS:		CÓDIGO DE INTERMEDIARIO:
OBSERVACIONES:	(8)		
OBSERVACIONES.			
			-
5			