



SOLICITUD DE PÓLIZA DE VIDA

Sucursal:
Vigencia Póliza: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____
N° Póliza:
N° Certificado:

Individual <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	------------------------------------

Emisión <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>	Inclusión <input type="checkbox"/>	Exclusión <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Datos del tomador / Asegurado

Tomador:		Ocupación:		RIF:	
Actividad Económica:				Ingresos Anuales:	
Dirección del Tomador:				e-mail:	
Urbanización:		Municipio:		Teléfono:	
Ciudad:		Estado:		Teléfono:	
Apellidos y Nombres Asegurado:			C.I.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Ocupación:
Fecha Nacimiento:	Estatura (mt):	Peso (Kg)	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Dirección de Cobro / Asegurado:				e-mail:	
Urbanización:		Municipio:		Teléfono:	
Ciudad:		Estado:		Celular:	
¿ Se encuentra usted amparado por otra Póliza de Seguros de Vida ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Compañía:		Suma asegurada:
Ha Fumado algún cigarrillo en los últimos 6 meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Promedio diario:		
¿Consumes bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Promedio diario:		

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado

N°	Apellidos y Nombres	C.I.	Parentesco	% Participación
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Datos de La Cobertura

Plan Solicitado:	Suma Asegurada:	Edad Actuarial:
Coberturas Adicionales:	Suma Asegurada:	
Coberturas Adicionales:	Suma Asegurada:	
Coberturas Adicionales:	Suma Asegurada:	
Coberturas Adicionales:	Suma Asegurada:	
Forma de Pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>		

Complete el siguiente Cuestionario en todas sus partes

1. ¿ Se le ha practicado alguna Intervención Quirúrgica ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿ Tiene prevista alguna Intervención Quirúrgica y/u Hospitalización?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿ Ha consultado o ha estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto físico ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Según su leal saber y entender, ¿ padece usted de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto físico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿ En caso de ser del sexo femenino ¿está usted en estado de gravidez?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿ Le han practicado alguna transfusión de sangre ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿ Sigue usted actualmente cualquier tipo de medicación prescrita por su médico ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿ Practica alguna actividad deportiva ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿ Alguno de sus familiares cercanos ha padecido o padece de diabetes, cáncer, tuberculosis, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal, o mental ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: Fecha, Tipo de tratamiento o Intervención efectuada y Médico Tratante. En caso de ser afirmativa la respuesta a la pregunta 8, indique qué actividad realiza y frecuencia. En caso de ser afirmativa la respuesta a la pregunta 9, indique, además, el Parentesco del familiar y de haber fallecido, la causa del fallecimiento.

Yo, el Solicitante:

- declaro que la información proporcionada en la presente Solicitud, que formará parte integrante de la Póliza, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.
- Doy fe que estoy enterado de las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.
- Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me han atendido clínicamente para dar información acerca de mis enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

Yo, el Tomador, doy fe de que el dinero a utilizar en el pago de la prima de la Póliza aquí solicitada proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades o acciones a que se refiere el Artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Firma del Solicitante

Firma del Tomador

Firma del Intermediario

Nombre del Intermediario:

Código N°

Lugar y Fecha:

Para ser llenado por el tomador (en caso de Póliza Colectiva)

PLan			
Localidad		Filial	
Fecha Ingreso a la Empresa		Código Empleado:	