

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

Solicitud de Cobertura N°

**1. DATOS DE LA SOLICITUD**

Tipo de Solicitud: Póliza Nueva <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/>	N° de la Póliza:	Sucursal:
---	------------------	-----------

**2. DATOS DEL CONTRATANTE**

Apellidos y Nombres o Razón Social:	Cédula de Identidad/ R.I.F.:
-------------------------------------	------------------------------

**3. DATOS DEL SOLICITANTE**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	1er. Nombre e Inicial del Segundo:	Cédula de Identidad/ R.I.F.:
Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro :	Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:      Edad:
Dirección de Habitación:			Teléfono: (      )
Dirección de Trabajo:			Teléfono: (      )
Profesión:	Ocupación:	Descripción del Trabajo:	Ingreso Anual:

**4. OTROS SEGUROS VIGENTES**

ACCID <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/>	Compañía:	Monto Asegurado:	En vigor desde:
ACCID <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/>	Compañía:	Monto Asegurado:	En vigor desde:

**5. SEGUROS RECHAZADOS**

ACCID <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/>	Compañía:	Año:	Causa
ACCID <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/>	Compañía:	Año:	Causa:

**6. DATOS DEL SEGURO SOLICITADO**

Temporal Nivelado: <input type="checkbox"/> A      años	Vida Entera: <input type="checkbox"/>	Vida Dotal Puro: <input type="checkbox"/> A      años	Vida Dotal Mixto: <input type="checkbox"/> A      años
Temporal decreciente <input type="checkbox"/>	Pago de prima <input type="checkbox"/>		Moneda:
Tasa inicial:      % a      años	N° de años:	Vitalicio: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bs. <input type="checkbox"/> US\$
Forma de pago: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> U	Otro:		

## 7. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS

Coberturas	Monto Asegurado	Tasa 0/00	Recargos (0/00) Salud Ocupación		Total Prima
Plan Básico.					
Adicional de Gastos Funerarios.					
Adicional Accidentes Personales.					
Otros.					
Sub-total					
Factor de Fraccionamiento					
<b>Prima Total a Pagar</b>					

## 8. BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Distribución Suma Asegurada

Si algunos de los beneficiarios fuere menor de edad al ocurrir el fallecimiento del asegurado, el beneficio deberá ser entregado a:

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco

En caso de que algún beneficiario o la persona a recibir el beneficio no sea familiar del solicitante, indique el nexa que lo relacione y su interés en nombrarlo como beneficiario o la persona a recibir el beneficio para el caso de la existencia de menores.

## 9. ACTIVIDADES Y DEPORTES

¿Practica Usted algún deporte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . Especifique y frecuencia:			
¿Realiza vuelos en aeronaves no pertenecientes a líneas comerciales autorizadas con vuelos e itinerarios establecidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, indique: Pasajero <input type="checkbox"/> Tripulante <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/>			
Licencia N°	Horas de vuelo anual:	Horas acumuladas:	Rutas:
¿Consumo bebidas alcohólicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique frecuencia y cantidad:		¿Mantiene el hábito de fumar en los últimos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique frecuencia y cantidad:	

¿Consume drogas y/o estupefacientes con o sin prescripción médica? SI  NO . Detalle:

NOTA IMPORTANTE: Liénesse las siguientes preguntas de declaración de salud, en caso de no requerir examen médico

**10. DECLARACIÓN DE SALUD PARA SOLICITANTES SIN EXAMEN MÉDICO**

**CUESTIONARIO MÉDICO**

¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud? SI  NO   
 En caso negativo, detalle:

Estatura (mts.):	Peso Kg.:	¿Ha variado de peso durante los últimos 12 meses? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos kg.? _____ y causas:
Tensión arterial:	¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico?, (Favor indicar causas, médico, clínica u hospital).	
Máxima:	Mínima:	

¿Ha estado en tratamiento médico? SI  NO . En caso afirmativo, indique fecha y causa:

¿Ha sufrido algún accidente? SI  NO . En caso afirmativo, detalle:

Fecha	Causa	Clínica u Hospital	Médico

**HA PADECIDO O PADECE ACTUALMENTE DE:**

<b>A.</b> Diabetes, gota o alguna afección renal.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>B.</b> Epilepsia, ataques, desmayo u otra afección mental.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>C.</b> Tuberculosis, asma, tos permanente, pulmonía u otra enfermedad torácica o respiratoria.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>D.</b> Fiebre reumática, hipertensión o problemas circulatorios del corazón.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>E.</b> Úlcera gástrica o del duodeno, ictericia o problemas con la vesícula biliar.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>F.</b> Enfermedades de los nervios, dolores persistentes de cabeza.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>G.</b> Infección de los riñones, órganos genitales, piedras renales, dificultades al orinar, sangre en la orina.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>H.</b> Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>I.</b> Reumatismo, artritis o cualquier tipo de enfermedad de los huesos o articulaciones.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>J.</b> Fiebre en intervalos o persistente.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>K.</b> Sudoraciones nocturnas persistentes.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>L.</b> Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentos del tamaño.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>M.</b> Repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>N.</b> Enfermedades dermatológicas.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<b>Ñ. Hepatitis B o enfermedades transmitidas por contacto sexuales (por Ej.: sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones.</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de respuestas afirmativas, indique: Fecha, duración y tratamiento seguido en cada caso.		
¿Sufre de algún defecto físico o enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo, detalle:		
¿Ha consumido Ud. alguna vez droga que no le fueron prescritas por un médico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, detalle:		
¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre o concentrado en los últimos cinco años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Ha consultado o está consultando actualmente a un médico por causa o sospecha de Sida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . Especifique tratamiento:		

**SI EL SOLICITANTE ES MUJER**

¿Ha sufrido de afecciones ginecológicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . Especifique:		
¿Tiene Hijos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo: ¿Cuántos?	¿Sus partos han sido normales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . Especifique:	Fecha del último:
¿Ha tenido algún parto prematuro, aborto o parto de feto muerto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo indique: ¿Cuántos? y fecha del último:		
¿Está embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> . De ser afirmativo, indique cuantos meses:		

**ANTECEDENTE FAMILIAR**

Parentesco	Edad	Familiares vivos		Familiares muertos	
		Vive con el solicitante	Estado de Salud	Edad al fallecer	Causa
<b>Padre</b>					
<b>Madre</b>					
<b>Cónyuge</b>					
<b>Hijos</b>					
<b>Hermanos</b>					

**AUTORIZACIÓN**

Declaro bajo fe de juramento, que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza suscrita, proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos productos de las actividades ilícitas o delitos graves a que se refiere la LEY ORGÁNICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, y la LEY ORGÁNICA DE DROGAS.

En \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**



Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PRODUCTOR DE SEGURO  
CÓDIGO:**

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora  
mediante Oficio N° 007134 de fecha 07 /08/1998**