



DATOS DEL SOLICITANTE	
Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E No.	Ocupación / Actividad:
R.I.F.:	Código Cliente:
1er. Apellido (Razón Social) Sgdo. Apellido:	
1er. Nombre / Inicial del Sgdo.:	

DATOS DE LA PÓLIZA																				
Póliza No.:										Interés:					Agencia / Sucursal:					
Fecha Vigencia:										Moneda:					Expediente No.:					
Desde					Hasta					<input type="checkbox"/> Bolívares <input type="checkbox"/> US Dólares										
										<input type="checkbox"/> Otra _____										

[illegible]

ACTIVIDADES Y DEPORTES			
¿Practica algún deporte?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Especifique:		<input type="checkbox"/> Amateur	<input type="checkbox"/> Profesional
¿Realiza vuelos en aeronaves no pertenecientes a líneas comerciales autorizadas con vuelos e itinerarios establecidos?			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pasajero	<input type="checkbox"/> Tripulante
Licencia No.		No. de Horas Anuales	Acumuladas
			<input type="checkbox"/> Nacionales
			<input type="checkbox"/> Internacionales
¿Consume bebidas alcohólicas?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cantidad Diaria:		¿Mantiene el hábito de fumar en los últimos dos años?	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		Cantidad Diaria:	
¿Consume drogas y/o estupefacientes con o sin prescripción médica?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cantidad Diaria:			

DECLARACIÓN DE SALUD					
¿Se encuentra actualmente en estado de buena salud?					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Detalle:					
		Estatura:	Peso:		
¿Cuántos kilos ha aumentado en los últimos 6 meses? _____ Kgs.					
Causas:					
¿Cuántos kilos ha disminuido en los últimos 6 meses? _____ Kgs.					
Causas:					
¿Cuándo fue la última vez que consultó al médico? _____					
Causas:					
Nombre del médico:			Clínica u Hospital:		
¿Ha estado en tratamiento médico?					
Fecha:		Causa:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Ha sufrido algún accidente?					
Detalle:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o ha estado hospitalizado alguna vez?					
Detalle:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fecha	Causa	Clínica u Hospital		Médico	
¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos cinco años?					
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre?					
Especifique:					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se le ha recomendado alguna vez practicarse un análisis de sangre en relación con el “Sida” o una enfermedad relacionada con el “Sida”? Especifique:					
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha consultado o está actualmente consultando a un médico a causa del “Sida” o de la sospecha de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o se la está tratando a causa de tal síndrome?					
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

SI EL SOLICITANTE ES MUJER		
¿Ha sufrido o sufre de afecciones ginecológicas?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Especifique:		
¿Tiene hijos?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cuántos:		
¿Ha tenido algún parto prematuro, aborto, o parto feto muerto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos?: Fecha del último:
¿Sus partos han sido normales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha último parto:
¿Está Embarazada?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cuántos meses:		

Ha padecido o sufre actualmente de	Fecha	Duración	Detalle indicando médico tratante
Epilepsia, Ataques, Desmayos y otras Afecciones Mentales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Tuberculosis, Asma, Pulmonía, Tos Persistente, u otra enfermedad Torácica o Respiratoria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fiebre Reumática, Problemas Circulatorios o del Corazón, Hipertensión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ictericia o Problemas con Vesícula Biliar, Úlcera Gástrica o del Duodeno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Ha padecido o sufre actualmente de	Fecha	Duración	Detalle indicando médico tratante
Enfermedades de los nervios, colapsos nerviosos, dolores persistentes de cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Infecciones de los riñones, órganos genitales, piedras renales, sangre en la orina, dificultades o dolores al orinar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fiebre en Intervalos o Persistentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Sudoraciones Nocturnas Persistentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentos de tamaño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Repetidos ataques de diarreas o diarrea crónica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Enfermedades Dermatológicas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Hepatitis o Enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea, etc.) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones genitales. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

ANTECEDENTES FAMILIARES DEL ASEGURADO				
Parentesco	Vivos		Fallecidos	
	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecer	Causas de la Muerte
Padre				
Madre				
Hijos				
Hermanos				

DATOS DEL SEGURO SOLICITADO	
Suma Asegurada:	Beneficio Muerte o Desmembramiento, por Accidente:
Plan:	Beneficio Incapacidad Total y Permanente:
Duración del Seguro:	Exoneración de Prima: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Duración del Pago de Prima:	Vigencia Desde:

SEGUROS VIGENTES			
Tipo	Compañía	Monto Asegurado	En vigor desde
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			

SEGUROS RECHAZADOS			
Tipo	Compañía	Año	Causa
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			

Declaro formalmente, mediante la firma de esta Solicitud, que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido hecho alguno que tienda a modificar la correcta apreciación del riesgo, me comprometo a tomar las medidas de precaución necesarias para proteger los bienes que deseo asegurar. Esta solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la cotización de la Compañía, ni obliga a ésta a emitir la Póliza. No obstante si la Póliza fuere emitida y el recibo correspondiente pagado por mi, esta Solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

Firma del Solicitante

Firma del Intermediario

Lugar y Fecha