

**1****Datos de Tomador / Propuesto Asegurado**

|                                       |        |                                  |              |                        |           |
|---------------------------------------|--------|----------------------------------|--------------|------------------------|-----------|
| N° de Cédula o Rif.                   |        | Apellidos Nombres / Razón Social |              |                        |           |
| Fecha de Nacimiento                   | Sexo   |                                  | Estado Civil | Nacionalidad           | Profesión |
|                                       | M      | F                                |              |                        |           |
| Dirección de habitación               |        |                                  |              |                        |           |
| Estado                                | Ciudad |                                  | Teléfono     | Celular                | E-mail    |
| Ocupación / Actividad Económica       |        | Lugar de Trabajo                 |              | Teléfono               | E-mail    |
| Dirección de Trabajo                  |        |                                  |              |                        |           |
| Descripción de la Actividad Económica |        |                                  |              | Ingreso Promedio Anual |           |

**2****Datos del Representante Legal si se Trata de Persona Jurídica**

|                                       |        |                     |              |                        |           |
|---------------------------------------|--------|---------------------|--------------|------------------------|-----------|
| N° de Cédula                          |        | Apellidos y Nombres |              |                        |           |
| Fecha de Nacimiento                   | Sexo   |                     | Estado Civil | Nacionalidad           | Profesión |
|                                       | M      | F                   |              |                        |           |
| Dirección de Habitación               |        |                     |              |                        |           |
| Estado                                | Ciudad |                     | Teléfono     | Celular                | E-mail    |
| Cargo en la Empresa                   |        |                     |              | Tiempo en la Empresa   |           |
| Descripción de la Actividad Económica |        |                     |              | Ingreso Promedio Anual |           |

**3****Datos del Propuesto Asegurado si es Diferente al Tomador**

|                                       |        |                     |              |                        |           |
|---------------------------------------|--------|---------------------|--------------|------------------------|-----------|
| N° de Cédula                          |        | Apellidos y nombres |              |                        |           |
| Fecha de Nacimiento                   | Sexo   |                     | Estado Civil | Nacionalidad           | Profesión |
|                                       | M      | F                   |              |                        |           |
| Dirección de Habitación               |        |                     |              |                        |           |
| Estado                                | Ciudad |                     | Teléfono     | Celular                | E-mail    |
| Ocupación / Actividad económica       |        | Lugar de Trabajo    |              | Teléfono               | E-mail    |
| Dirección de Trabajo                  |        |                     |              |                        |           |
| Descripción de la Actividad Económica |        |                     |              | Ingreso Promedio Anual |           |

**BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL PROPUESTO ASEGURADO**

|   |                     |                                  |              |                            |           |
|---|---------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------|-----------|
| <b>1</b>  | <b>Beneficiario</b> |                                  |              |                            |           |
| N° de Cedula o Rif.   |                     | Apellidos Nombres / Razón Social |              |                            |           |
| Fecha de Nacimiento   | Sexo                |                                  | Estado Civil | Nacionalidad               | Profesión |
|   | M                   | F                                |              |                            |           |
| Dirección de Habitación   |                     |                                  |              |                            |           |
| Estado  | Ciudad              |                                  | Teléfono     | Celular                    | E-mail    |
| Ocupación / Actividad económica                                     |                     | Lugar de Trabajo                 |              | Teléfono                   | E-Mail    |
| Dirección de Trabajo  |                     |                                  |              |                            |           |
| Descripción de la Actividad Económica                               |                     |                                  |              | Ingreso Promedio Anual Bs. |           |
| Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado                    |                     |                                  |              |                            |           |
| % de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado |                     |                                  |              |                            |           |

|   |                     |                                  |              |                            |           |
|---|---------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------|-----------|
| <b>2</b>  | <b>Beneficiario</b> |                                  |              |                            |           |
| N° de Cedula o Rif.   |                     | Apellidos Nombres / Razón Social |              |                            |           |
| Fecha de Nacimiento   | Sexo                |                                  | Estado Civil | Nacionalidad               | Profesión |
|   | M                   | F                                |              |                            |           |
| Dirección de Habitación   |                     |                                  |              |                            |           |
| Estado  | Ciudad              |                                  | Teléfono     | Celular                    | E-mail    |
| Ocupación / Actividad económica                                     |                     | Lugar de Trabajo                 |              | Teléfono                   | E-mail    |
| Dirección de Trabajo  |                     |                                  |              |                            |           |
| Descripción de la Actividad Económica                               |                     |                                  |              | Ingreso Promedio Anual Bs. |           |
| Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado                    |                     |                                  |              |                            |           |
| % de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado |                     |                                  |              |                            |           |

|   |                     |                                  |              |                            |           |
|---|---------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------|-----------|
| <b>3</b>  | <b>Beneficiario</b> |                                  |              |                            |           |
| N° de Cedula o Rif.   |                     | Apellidos Nombres / Razón Social |              |                            |           |
| Fecha de Nacimiento   | Sexo                |                                  | Estado Civil | Nacionalidad               | Profesión |
|   | M                   | F                                |              |                            |           |
| Dirección de Habitación   |                     |                                  |              |                            |           |
| Estado  | Ciudad              |                                  | Teléfono     | Celular                    | E-mail    |
| Ocupación / Actividad económica                                     |                     | Lugar de Trabajo                 |              | Teléfono                   | E-mail    |
| Dirección de Trabajo  |                     |                                  |              |                            |           |
| Descripción de la Actividad Económica                               |                     |                                  |              | Ingreso Promedio Anual Bs. |           |
| Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado                    |                     |                                  |              |                            |           |
| % de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado |                     |                                  |              |                            |           |

|   |                     |                                  |              |                            |           |
|---|---------------------|----------------------------------|--------------|----------------------------|-----------|
| <b>4</b>  | <b>Beneficiario</b> |                                  |              |                            |           |
| N° de Cedula o Rif.   |                     | Apellidos Nombres / Razón Social |              |                            |           |
| Fecha de Nacimiento   | Sexo                |                                  | Estado Civil | Nacionalidad               | Profesión |
|   | M                   | F                                |              |                            |           |
| Dirección de Habitación   |                     |                                  |              |                            |           |
| Estado  | Ciudad              |                                  | Teléfono     | Celular                    | E-mail    |
| Ocupación / Actividad económica                                     |                     | Lugar de Trabajo                 |              | Teléfono                   | E-mail    |
| Dirección de Trabajo  |                     |                                  |              |                            |           |
| Descripción de la Actividad Económica                               |                     |                                  |              | Ingreso Promedio Anual Bs. |           |
| Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado                    |                     |                                  |              |                            |           |
| % de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado |                     |                                  |              |                            |           |

## OTROS SEGUROS

Se les ha rechazado, anulado, diferido o modificado en algún momento a alguna de las personas a ser incluidas en este seguro un seguro de vida, accidentes personales u hospitalización, en lo que respecta a suma asegurada o tarifa, por favor informe los nombres de los solicitantes, la causa, fecha y nombre de la empresa de seguros:

Si actualmente alguna de las personas a ser incluidas en este seguro tiene contratado un seguro de vida, accidentes personales u hospitalización con otra empresa de seguros, por favor informe, el nombre de la compañía, el tipo de seguro y la fecha de contratación:

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

|           |      |       |     |                                  |                                  |                                  |                                 |                                 |
|-----------|------|-------|-----|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Estatura: | Mts. | Peso: | Kg. | En su ocupación realiza labores: | Sin Trabajo                      | Con Trabajo                      | S/Fuerza                        | C/Fuerza                        |
|           |      |       |     |                                  | Manual: <input type="checkbox"/> | Manual: <input type="checkbox"/> | Motriz <input type="checkbox"/> | Motriz <input type="checkbox"/> |

| Por favor indique:   | Si                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Practica: submarinismo, deportes náuticos, espeleología, cacería, vuelo delta, carreras automovilísticas o de motocicletas, u otro deporte de peligrosidad similar? En caso afirmativo subraye el nombre del deporte que practica. (&) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es piloto o forma parte de la tripulación de aviones, avionetas o helicópteros? (&)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Viaja regularmente como pasajero en vuelos particulares? (&)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Trabaja con electricidad o en lugares donde hay sustancias inflamables, explosivas, corrosivas, radiactivas o peligrosas? (&)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Adicionalmente a sus trabajos habituales, tienen otras ocupaciones? En caso afirmativo por favor indique el nombre del solicitante y explique:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Es discapacitado o presenta alguna anomalía física?. En caso afirmativo por favor indique, nombre del solicitante, causas y estado actual.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Sufre alguna enfermedad crónica?. En caso afirmativo por favor indique, nombre del solicitante, causas, tratamiento y estado actual:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha sufrido algún accidente? En caso afirmativo por favor indique, nombre del solicitante, lo que ocurrió, las consecuencias y la fecha de ocurrencia:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es afirmativa la respuesta de alguna de las preguntas indicadas con el símbolo (&), por favor solicite el cuestionario respectivo al Asegurador, complételo y hágalo llegar a C.A Seguros Catatumbo.

Yo certifico que he leído las preguntas de este cuestionario, y declaro haberlas contestado con absoluta veracidad. Entiendo y estoy de acuerdo que:

- a. Ningún intermediario de seguros tiene la facultad de responder las preguntas o la autoridad para indicarme que no se respondan.
- b. C.A. Seguros Catatumbo de aquí en adelante “el Asegurador” se reserva el derecho de rechazar o aceptar esta solicitud de Seguro. La cobertura provista por “el Asegurador” entrará en vigor una vez aprobada la solicitud de seguro.
- c. La información que aquí se proporcione será utilizada exclusivamente para suscribir la póliza, y C.A. Seguros Catatumbo no la divulgará ni la hará del conocimiento de personas ajenas a este proceso.
- d. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica o agencia gubernamental u otra persona relacionada médicamente conmigo, a proveer la información sobre cuidados o tratamientos proporcionados a cualquiera de las personas a ser incluidas en este seguro, sin limitación de datos relacionados con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol e incluyendo copia de registros respecto a consejos e historias médicas, entre otras.

**SUMAS ASEGURADAS DE LAS COBERTURAS A CONTRATAR**

| <b>Muerte</b> | <b>Invalidez permanente</b> | <b>Incapacidad temporal (diaria)</b> | <b>Gastos médicos y farmacéuticos</b> | <b>Prima</b> |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
|               |                             |                                      |                                       |              |

**DECLARACIÓN DE FE**

El Tomador o su Representante Legal anteriormente identificado en esta solicitud, declaro que la información suministrada es verídica, cierta y libre de omisiones y doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro, proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales, previstos en la "Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada".

Esta solicitud quedará adherida al duplicado de la Póliza que conserve C. A. Seguros Catatumbo y su firma al pie se considerará como estampada en ese duplicado.

|  |                                  |                            |                                  |  |
|--|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Firma del Tomador / Representante Legal</b> | Huella Dactilar / Pulgar Derecho | <b>Firma del Asegurado</b> | Huella Dactilar / Pulgar Derecho | <b>Firma del Intermediario</b><br>Código _____ |
|--|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|--|

**OBSERVACIONES DEL SUScriptor (Sólo para uso de C.A. Seguros Catatumbo)**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |