

1	Datos de Tomador / Propuesto Asegurado				
N° de Cédula o Rif.		Apellidos Nombres / Razón Social			
Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Estado Civil	Nacionalidad	Profesión	
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 M F	Estado Civil	Nacionalidad	Profesión	
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 M F	Estado Civil	Nacionalidad	Profesión	
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		

1	Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Propuesto Asegurado				
Nº 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 Bs	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Tomador			

1	Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Propuesto Asegurado				
Nº 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 Bs	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Tomador			

1	Beneficiario en Caso de Fallecimiento del Propuesto Asegurado				
Nº 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 Bs	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Tomador			

OTROS SEGUROS: Se le ha rechazado, anulado, diferido o modificado alguna vez un seguro de vida, accidentes personales u hospitalización, en lo que respecta a suma asegurada o tarifa o negada la renovación, por favor indique la causa y nombre de la empresa de seguros:

Si actualmente tiene contratado un seguro para vida, accidentes personales u hospitalización con otra empresa, por favor, indique empresa aseguradora, el tipo de seguro y la fecha de contratación:

COBERTURAS SOLICITADAS: seleccione el Plan de su preferencia y marque con una "X" en el recuadro correspondiente.

COBERTURAS	<input type="checkbox"/> Plan VI	<input type="checkbox"/> Plan Superior	<input type="checkbox"/> Plan VII
MUERTE NATURAL	20.000	40.000	55.000
MUERTE ACCIDENTAL	36.000	72.000	99.000
INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL, PERMANENTE POR ACCIDENTE	16.000	32.000	44.000
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	1.600	6.000	9.900
GASTOS DE EXEQUIAS	3.000	4.000	5.500

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

Estatura: Mts. Peso: Kg. En su ocupación realiza labores: Sin Trabajo Con Trabajo S/Fuerza C/Fuerza
Manual: Manual: Motriz Motriz

Por favor indique:	Si	No
1. ¿Practica o ha practicado: submarinismo, espeleología, vuelo delta, carreras automovilísticas o de motocicletas, u otro deporte de peligrosidad similar?. En caso afirmativo subraye el nombre del deporte de práctica. (&)	<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. ¿Adicional a su trabajo habitual, tiene otras ocupaciones?. Explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO, indique:

Si usted padece o ha padecido cualquiera de las siguientes enfermedades, subraye la enfermedad o dolencia y complete el cuadro ubicado al final de esta sección:	Si	No
1. Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sensación de ahogo, sangre en el esputo, tuberculosis, pleuresía, asma, enfisema, bronquitis, neumonía o enfermedad respiratoria crónica; fiebre de heno y/o alergias).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermedades cardiovasculares (fiebre reumática, dolor en el pecho, hipertensión arterial, infarto al miocardio, angina de pecho, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis, venas varicosas, parálisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Enfermedades digestivas (ulcera péptica, hemorragia instestinal, ictericia, apendicitis, colitis, diverticulitis, afecciones hepáticas, vesiculares, alteraciones pancreáticas, colon, estómago y recto).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Enfermedades genito – urinarias: infecciones urinarias, albúmina, sangre o pus en la orina, cálculos u otra alteración en riñón, vejiga, próstata o aparato reproductor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Enfermedad venérea, infecciosa o parasitaria (paludismo, disentería, chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharzia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Enfermedades endocrinas (diabetes, obesidad, bocio, problemas tiroideos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfermedades del sistema nervioso central: mareos, vértigos, cefaleas, epilepsia, convulsiones, parálisis, enfermedades mentales o nerviosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enfermedades hematológicas, cáncer, ganglios linfáticos inflamados, tumores, pólipos, especificar tipo y la parte del cuerpo donde se encuentran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Enfermedades osteomusculares: neuritis, ciática, hernias, gota, artritis, reumatismo, desviación de la columna, o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo incluyendo problemas en las articulaciones. Alguna deformidad, impedimento físico, cojera o amputación o cualquier trastorno en la espalda o en la espina dorsal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico somático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cualquiera de los siguientes síntomas, sin explicación alguna: fatiga, pérdida de peso, diarrea, inflamación de ganglios o lesiones inusuales de la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tiene un resultado positivo del test del virus del SIDA o ha recibido tratamiento en conexión con esta enfermedad o con una condición relacionada con la misma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si es de sexo femenino por favor informe:		
a. ¿Presenta o ha presentado: sangramiento genital, afecciones en las trompas, útero, ovarios, glándulas mamarias, trastornos menstruales?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Está embarazada actualmente?. Indique fecha estimada de parto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha tenido complicaciones en algún embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Le han sido practicada(s) una o varias cesáreas? Indique fecha(s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor informe:		
14. Consume drogas, alcohol, ha sido tratado u hospitalizado por alguna de estas causas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Fuma, indique el número de cigarrillos diarios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido alguna alteración de la salud o ha consultado a un médico para tratamiento médico quirúrgico o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Se le ha practicado un examen físico, está bajo tratamiento médico o ingiriendo medicamentos?. Indique los nombres y las dosis de éstos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido algún accidente con fractura o recibido tratamiento quiropráctico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ha sido hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o se le ha recomendado hospitalización o intervención quirúrgica en los últimos cinco (5) años, por alguna condición que no haya mencionado en esta solicitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si fue respondida afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, es necesario que complete el cuadro siguiente:

Enfermedad o Padecimiento	Fecha de Aplicación del tratamiento	Nombre del Médico Tratante	Clínica u Hospital	Ubicación de la Clínica	Teléfono

Yo, _____ “El Propuesto Asegurado”, certifico que he leído o me han leído las preguntas de este cuestionario y declaro haberlas contestado con absoluta veracidad. Entendiendo y estoy de acuerdo que:

- a. Ningún intermediario de seguros tiene la facultad de responder las preguntas o la autoridad para indicar 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 y recibida la prima correspondiente.

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 mí, sin limitación de datos acerca de enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol e incluyendo copia y registro respecto a consejos e historias médicas, entre otras.

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.

Firma del Tomador / Representante Legal	Huella Dactilar / Pulgar Derecho	Firma del Asegurado	Huella Dactilar / Pulgar Derecho	Firma del Intermediario Código _____
--	-------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	---

Inscrita en el Registro de Comercio que llevó el Juzg. 2do. de 1era. Inst. en lo Civil y Mercantil de la C.J. del Edo. Zulia el 22 de Marzo de 1957, con el N° 119, Tomo 1° y en el Reg. Merc. 1era. de la C.J. del Edo. Zulia, el 27 de Mayo de 1981, con el N° 54, Tomo 12-A.
Av. 4 (Bella Vista) N° 77-55, Edf. Seguros Catatumbo. Telfs.: (58-261) 7005556. Maracaibo 4001: Estado Zulia – Venezuela / www.seguroscatatumbo.com