

<b>1</b>	<b>Datos de Tomador / Propuesto Asegurado</b>				
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		

<b>2</b>	<b>Datos del Representante Legal si se Trata de Persona Jurídica</b>				
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		

<b>3</b>	<b>Datos del Propuesto Asegurado si es Diferente al Tomador</b>				
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		

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS Y/O PROPUESTOS ASEGURADOS ADICIONALES**

<b>1</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>				
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 Bs.	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado			
<b>2</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>				
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 Bs.	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado			
<b>3</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>				
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 Bs.	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado			
<b>4</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>				
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 Bs.	
% de Participación		Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado			

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS Y/O PROPUESTOS ASEGURADOS ADICIONALES**

<b>5</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>									
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 Bs.				
% de Participación				Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado						
<b>6</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>									
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 Bs.				
% de Participación				Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado						
<b>7</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>									
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 Bs.				
% de Participación				Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado						
<b>8</b>	<b>Beneficiario <input type="checkbox"/> y/o Propuesto Asegurado Adicional <input type="checkbox"/></b>									
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 Bs.				
% de Participación				Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado						

Si usted o uno de los miembros del grupo a asegurar 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 del heno y/o alergias)						
2. Enfermedades cardiovasculares (fiebre reumática, dolor en el pecho, hipertensión arterial, infarto al miocardio, angina de pecho, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis, venas varicosas, parálisis)						
3. Enfermedades hematológicas, cáncer, ganglios linfáticos inflamados, tumores, pólipos, especificar tipo y la parte del cuerpo donde se encuentran.						
4. Cualquiera de los siguientes síntomas, sin explicación alguna: fatiga, pérdida de peso, diarrea, inflamación de ganglios o lesiones inusuales de la piel.						
5. Tiene un resultado positivo del examen del virus del SIDA, o ha recibido tratamiento en conexión con esta enfermedad o con una condición relacionada con la misma.						
6. Consume drogas, alcohol, ha sido tratado u hospitalizado por alguna de estas causas.						
7. ¿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?						
8. ¿Se le ha practicado un examen físico, está bajo tratamiento médico o ingiriendo medicamentos? Indique el nombre del medicamento y la dosis:						
9. ¿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 se haya mencionado en esta solicitud.						
Nombre del solicitante	Enfermedad o padecimiento	Fecha de la aplicación del tratamiento	Nombre del médico tratante	Clínica u hospital		
<b>COBERTURA SOLICITADA</b>						
Suma Asegurada:				Prima Anual:		

Yo certifico que he leído o que me han leído las preguntas de este cuestionario. Declaro haber contestado con absoluta veracidad todas las preguntas precedentes. Entiendo y estoy de acuerdo en 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 Seguros. 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 divulgará o hará del conocimiento de personas ajenas a este proceso, ninguna información.
- d. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica o agencia gubernamental u otra persona que guarde relación médicamente conmigo, a proveer la información sobre cuidado o tratamiento proporcionados a mí o a cualquiera de las personas aseguradas, sin limitación de datos relacionados con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol, e incluyendo copia de registros respecto a consejos, 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.

<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> Código _____
--	-------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	--

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 12907 de fecha 11/11/02.**

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](http://www.seguroscatatumbo.com)