

**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		

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Vivos			Fallecidos			
Parentesco	Edad	Estado de Salud	Edad de Fallecimiento	Año de Fallecimiento	Causa	Duración de la Enfermedad
Abuelo Paterno						
Abuela Paterna						
Abuelo Materno						
Abuela Materna						
Padre						
Madre						
Hermano						
Hermano						

Si alguno de sus familiares padece o ha padecido del Corazón, Pulmones, Riñones, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Tuberculosis, Epilepsia o Demencia, por favor, informe: quien, desde cuando y la evolución de la enfermedad:

### OTROS SEGUROS

Se le ha rechazado, anulado, diferido o modificado alguna vez un seguro de vida, accidente personales u la hospitalización, en lo que respecta a suma asegurada o tarifa, por favor informe la causa, fecha y nombre de la empresa de seguros:

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

### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES Y DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Estatura: \_\_\_\_ Mts.

Peso: \_\_\_\_ Kg.

**Por favor indique:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 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. (&) |  |  |
| 2. ¿Es piloto o forma parte de la tripulación de aviones, avionetas o helicópteros? (&)  |  |  |
| 3. ¿Viaja regularmente como pasajero en vuelos particulares? (&)   |  |  |
| 4. ¿Trabaja con electricidad o en lugares donde hay sustancias inflamables, explosivas, corrosivas, radiactivas o peligrosas? (&)  |  |  |
| 5. ¿Adicional a su trabajo habitual, tiene otras ocupaciones?<br>En caso afirmativo explique:  |  |  |

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

## DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

	SI	NO
Si usted padece o ha padecido o ha padecido cualquiera de las siguientes enfermedades, subraye la enfermedad o dolencia y complete el cuadro ubicado al final de esta sección.		
1. Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sensaciones de ahogo, sangre en el esputo, tuberculosis, pleuresía, asma, enfisema, neumonía, bronquitis o enfermedad respiratoria crónica; fiebre de 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 digestivas (ulceras péptica, hemorragia intestinal, ictericia, apendicitis, colitis, diverticulitis, afecciones hepáticas, vesiculares, alteraciones pancreáticas, colon, estómago y recto).		
4. Enfermedades genito – urinarias: infecciones urinarias, albúmina, sangre o pus en la orina, cálculos u otra alteración en riñón, vejiga, próstata, o aparato reproductor.		
5. Enfermedades venérea, infecciosa o parasitaria (paludismo, disentería, chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharzia).		
6. Enfermedades endocrinas (diabetes, obesidad, bocio, problemas tiroideos).		
7. Enfermedades del sistema nervioso central: mareos, vértigos, cefaleas, epilepsia convulsiones, parálisis, enfermedades mentales o nerviosas.		
8. Enfermedades hermatologicas, cáncer, ganglios linfáticos inflamados, tumores, pólipos, especificar tipo y la parte del cuerpo donde se encuentran.		
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. Algunas deformidad, impedimento físico, cojera o amputación, o cualquier trastorno en la espalda, espina dorsal.		
10. Anomalia o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico somático.		
11. Cualquiera de los siguientes síntomas, sin explicación alguna: fatiga, pérdida de peso, diarrea, inflamación de ganglios o lesiones inusuales de la piel.		
12. Tiene un resultado positivo de test de virus del SIDA, o ha recibido tratamiento en conexión con esta enfermedad o con una condición relacionada con la misma.		
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?.		
b. ¿Esta embarazada actualmente?. Indique fecha de parto: _____		
c. ¿Ha tenido complicaciones en algún embarazo?.		
d. ¿Le han sido practicada(s) una o varias cesáreas? Indique fecha(s):		
<b>Por favor informe si:</b>		
14. Consume drogas, alcohol, ha sido tratado u hospitalizado por alguna de estas causas.		
15. Fuma, indique el número de cigarrillos diarios:		
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.		
17. Se le ha practicado un examen físico, está bajo tratamiento médico o ingiriendo medicamentos, indique los nombres y las dosis de éstos:		
18. 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.		



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

<b>1</b>	<b>Beneficiario</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.	
Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado:					
% de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado:					
<b>2</b>	<b>Beneficiario</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.	
Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado:					
% de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado:					
<b>3</b>	<b>Beneficiario</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.	
Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado:					
% de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado:					
<b>4</b>	<b>Beneficiario</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.	
Relación o Parentesco con el Propuesto Asegurado:					
% de Participación en caso de fallecimiento del Propuesto Asegurado:					

## 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.

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

### OBSERVACIONES DEL SUSCRIPTOR (Solo para uso de C.A. Seguros Catatumbo)

<b>Recargo por Profesión:</b>	<b>Recargo por Salud:</b>
<b>Recargo por Deporte:</b>	<b>Recargo por Otra Causa:</b>

**Intrucciones u Observaciones Especiales:**


**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 011056 de fecha 01 de Octubre de 2002.**

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, Tomo12-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)