

Fecha Solicitud
Nro. Solicitud:

SOLICITUD DE SEGURO
Vida Individual



TOMADOR				
Apellidos y Nombres o Razón Social				C.I., N.I.T. o R.I.F.
Dirección				Ingreso Mensual
Estado	Ciudad	Zona postal	Teléfonos	
PROPUESTO ASEGURADO				
Apellidos y Nombres		C.I., N.I.T. o R.I.F.	Edo. Civil	Nacionalidad
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad	
Profesión	Ocupación			
Dirección de Habitación	Teléfonos	Correo Electrónico		
¿Tiene pólizas de vida en vigencia? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
Indique Compañía y Suma Asegurada				
COBERTURAS				
Plan	Duración	Periodo de Pago de Primas	Forma de Pago	Moneda
Descripción de Coberturas Cobertura Básica: Muerte. Coberturas Adicionales:				Suma Asegurada
Si es Desgravámen Hipotecario indicar Tasa de Interés: %				
BENEFICIARIOS				
Apellidos y Nombres	C.I., N.I.T. o R.I.F.	% Distribución	Parentesco	
CUESTIONARIO				
1.- ¿Goza de Buena Salud en este momento? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (si la respuesta es "NO" explique)				
2.- Estatura	4.- ¿Fuma ud. Cigarrillos, pipa o puros o consume tabaco?			
3.- Peso	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Promedio diario			
5.- ¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Promedio diario				
6.- ¿Ha consultado a un médico en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Indique detalles				
7.- ¿Ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?				
a.- Hipertensión, Ataque Cardíaco, Embolias, Dolores de Pecho, Diabetes.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
b.- Tumor, Cancer, Quiste o cualquier enfermedad de la Piel.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
c.- Artritis, Reumatismo o cualquier otra enfermedad de la columna vertebral, articulaciones o huesos.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
d.- Asma, Bronquitis, Efisema, Tuberculosis o cualquier otra enfermedad pulmonar.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
e.- Enfermedad de Riñón, Vejiga o cualquier otra enfermedad del sistema urinario o genital.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
f.- Úlcera de Duodeno, Úlcera Gástrica, Enfermedad del Hígado, Hepatitis, Enfermedad Intestinal o cualquier otra enfermedad del sistema digestivo.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
g.- Anemia, Hemofilia, Leucemia, Hiperlipidemia o cualquier otra enfermedad o desorden de la sangre.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
h.- Ansiedad, Depresión o cualquier otra enfermedad Nerviosa o Neurológica.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
i.- Otra enfermedad cualquiera no mencionada.			<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Si ud. ha contestado "SI" a cualquiera de las preguntas del punto 7, mencione los detalles importantes, e indique a qué pregunta se refiere.				

8.- Toma ud. Actualmente algún medicamento o está bajo tratamiento médico.		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Indique detalles			
9.- Tiene ud. Intención de consultar un médico este mes.		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Indique detalles			
10.- ¿Práctica algún deporte?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Indique detalles			
11.- Realiza o piensa realizar alguna actividad extrema como:			
<input type="checkbox"/> Paracaidismo	<input type="checkbox"/> Submarinismo	<input type="checkbox"/> Automovilismo	<input type="checkbox"/> Alpinismo
<input type="checkbox"/> Motociclismo	<input type="checkbox"/> Regatas	<input type="checkbox"/> Otros (Especifique)	
12.- Realiza o piensa realizar vuelos en naves particulares?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Indique detalles			
13.- Alguna solicitud suya para seguro de vida le ha sido rechazada?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Especifique			
SI ES MUJER			
Si es casada ¿Por cuánto tiempo?		¿Cuántos hijos ha tenido? Edad del más joven	
¿Han sido difíciles sus partos?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Por qué?
¿Está actualmente embarazada?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿De cuántos meses?
¿Ha tenido algún aborto o enfermedad de los senos, útero u ovarios?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dar detalles:			
HISTORIA FAMILIAR			
¿Ha habido en su familia casos de: epilepsia, locura, parálisis, tuberculosis, diabetes (subraye lo que corresponda) o alguna otra enfermedad familiar? ¿Cuál?			
Nombre y Dirección de su médico de cabecera:			
	Vivos	Edad	Muertos
			Edad
			Causas de la Muerte
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Hermanos			
Hijos			
DATOS DEL PRODUCTOR DE SEGUROS			
Apellidos y Nombres			Código

YO, EL PROPUESTO ASEGURADO, DECLARO: QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE ANTECEDE ES EXACTA, COMPLETA Y VERDADERA Y QUE NO HE OMITIDO DATO ALGUNO SOBRE MI SALUD. ASIMISMO AUTORIZO A TODOS LOS MEDICOS TRATANTES Y A LAS CLÍNICAS QUE ME HAN ATENDIDO CLÍNICAMENTE PARA DAR INFORMACIÓN ACERCA DE MIS ENFERMEDADES PASADAS, PRESENTES O QUE PUEDA PADECER, ESTADO FÍSICO E HISTORIA CLÍNICA Y A LA VEZ MEDIANTE ESTE ACTO LOS RELEVO DE GUARDAR EL SECRETO MEDICO.

"ASÍ MISMO, YO EL TOMADOR, BAJO FE DE JURAMENTO DECLARO QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA CUYA SUSCRIPCIÓN SOLICITO EN ESTE ACTO, PROVIENE DE UNA FUENTE LÍCITA Y, POR LO TANTO, NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON 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"

Firma del Propuesto
Asegurado

Firma del Tomador

Firma del Productor
de Seguros

Seguros La Vitalicia, C.A. Capital Suscrito y Pagado: Bs. 3.000.000,00 - R.I.F. J-31020536-1
Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 119

Av. Blandin, Centro Comercial San Ignacio, Torre Kepler, Piso 8, Chacao, Caracas, Edo. Miranda, Venezuela.

Tel.: +58 212 822,50,00 (Master) www.lavitalicia.com

"Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante oficio N° 007800 de fecha 08-09-2005"