

**I. Datos del Tomador**

Nombres y apellidos/ razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Estado civil: C S V D Otro Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320 Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____Ocupación: Socio Empleado Ejercicio profesional Otro **Dirección de Habitación**

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Dirección de Cobro

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____



Solicitud de Seguro N°: _____

Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la empresa: _____ Tipo de actividad económica: _____

Naturaleza de la empresa: Pública Privada

La factura una vez pagada la Prima de la Póliza, deberá salir a nombre de

Tomador Asegurado

II. Datos del Representante Legal

Nombres y apellidos/ razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Estado civil: C S V D Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio profesional Otro

Dirección de Habitación

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

III. Datos del Propuesto Asegurado Titular

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E

Fecha de nacimiento / registro de compañía: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro:

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio profesional Otro

Estatura (cm): _____ Peso (kg): _____ Actividad Deportiva: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

Dirección de Habitación

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

Dirección de Cobro

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

IV. Vigencia del Seguro

Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___

Frecuencia de Pago: Anual Semestral

V. Coberturas Solicitadas

Cobertura	Suma Asegurada	Deducible
Liberty Salud Producto Único		
Maternidad		
Liberty Salud Total		
Maternidad		

Coberturas Adicionales

_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Grupo a Asegurar

N°	Apellidos y nombres	Fecha de Nac.	Nro. C.I	Peso Kg.	Estatura	Sexo	Parentesco	Actividad deportiva	¿Maternidad?
Titular									
2									
3									
4									
5									
6									

Beneficiarios en caso de fallecimiento del propuesto Asegurado Titular

Apellidos y nombres	Nro. C.I	Parentesco	% Participación

VI. Cuestionario

¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el Seguro solicitado, en esta u otra Compañía, un Seguro de Salud? Sí No

Complete la siguiente Declaración de Salud	Titular	2°	3°	4°	5°	6°
¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene prevista alguna?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Según su más leal saber o entender ¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna de las solicitantes está en estado de gravidez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: nombre de la persona, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada, médico tratante y anexar informe médico y resultados de exámenes: _____

VII. Intermediario(s)

Apellidos y nombres	Código	% Participación	Firma

VIII. Importante

1. Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta Solicitud, entre la fecha de la firma por el propuesto Asegurado Titular y la emisión de la Póliza por la Empresa de Seguros debe ser participada a la Empresa de Seguros inmediatamente. En tal caso, la Empresa de Seguros se reserva el derecho de rechazar la Solicitud, o de aplicar una tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que la Empresa de Seguros formará del riesgo.
2. Las declaraciones o informaciones contenidas en esta Solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre el propuesto Asegurado Titular y la Empresa de Seguros. El Contrato entra en vigor en la fecha indicada en Cuadro-Recibo, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente en el plazo estipulado en la Cláusula 2 de las Condiciones generales de la Póliza.

Autorización y Declaración del Propuesto Asegurado Titular

1. Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) 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 médico.
2. Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera de la Póliza.
3. Hago constar que las declaraciones e informaciones que anteceden, incluida la edad, peso y estatura, son exactas, completas y verdaderas y que no he omitido dato alguno sobre mi salud de las personas que hayan de ser incluidas en la Póliza. Me comprometo a aceptar a su presentación, la Póliza o el certificado que la Empresa de Seguros emite en base de la presente solicitud y de pagar las primas correspondientes.

IX. Datos Bancarios para Cobro de Prima

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

X. Datos Bancarios para Pagos a propuesto Asegurado Titular

En caso que la Empresa de Seguros deba efectuar un pago al propuesto Asegurado Titular de la Póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del Propuesto Asegurado Titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el propuesto Asegurado Titular haya suministrado previamente a la Empresa de Seguros.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Prima Otra cuenta favor indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

XI. Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, doy fe que el Dinero utilizado para el pago de la Prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

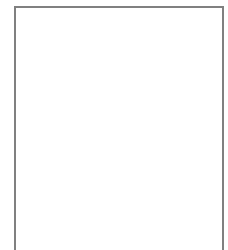
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del propuesto Asegurado Titular: _____



Huella dactilar Tomador (Pulgar derecho)



Huella dactilar Propuesto Asegurado Titular (Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL C. A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el No. 13. Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 00016611 de fecha 21 de Octubre de 2013.