

**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
<b>Liberty Salud Producto Único</b>		
Maternidad		
<b>Liberty Salud Total</b>		
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"/>					
¿Tiene prevista alguna?	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"/>					
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"/>					
¿Alguna de las solicitantes está en estado de gravidez?	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.

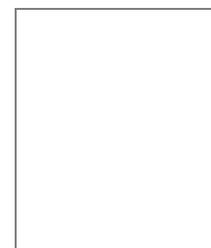
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.