

Solicitud de Seguro

Individual

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmienda y debidamente firmada por el Tomador y el Propuesto Asegurado para evitar devolución con base en la información solicitada en esta planilla. La compañía tomará la decisión de aceptar o no la emisión de la póliza, es por ello que le agradecemos la veracidad en sus respuestas.

I. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/TOMADOR

1.1. Razón social/Representante legal/Apellido(s) y nombre(s)		
1.2. R.I.F./Representante legal/C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G	1.3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	1.4. Lugar de nacimiento
1.5. Fecha de nacimiento	1.6. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Específique: _____	1.7. Actividad económica
1.8. Profesión u oficio (Específique)	1.9. Empresa donde trabaja	1.10. Tipo de relación <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio <input type="checkbox"/> Socio
1.11. Ingreso promedio anual (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 54.000,00 <input type="checkbox"/> De 54.000,01 a 108.000,00 <input type="checkbox"/> De 108.000,01 a 216.000,00 <input type="checkbox"/> De 216.000,01 a 432.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 432.000,01		
1.12. Patrimonio (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 50.000,00 <input type="checkbox"/> De 50.000,01 a 500.000,00 <input type="checkbox"/> De 500.000,01 a 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> De 2.000.000,01 a 10.000.000,00 <input type="checkbox"/> De 10.000.000,01 a 50.000.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 50.000.000,01		
1.13. Dirección de habitación		
1.13.1 Estado	1.13.2. Ciudad	1.13.3 Urb./Calle/Edif./Piso
1.13.4. Teléfonos Hab.: Cel.:		1.13.5. Correo electrónico
1.14. Dirección de oficina		
1.14.1. Estado	1.14.2. Ciudad	1.14.3. Urb./Calle/Edif./Piso
1.14.4. Teléfonos Ofic.: Otro: Fax:		1.14.5. Correo electrónico

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

2.1. Apellido(s) y nombre(s)		2.2. C.I./Pasaporte/R.I.F. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P
2.3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2.4. Peso/Estatura _____ Kg./ _____ Cm./	2.5. Lugar de nacimiento
2.6. Fecha de nacimiento		2.7. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O Específique: _____
2.8. Actividad económica		2.9. Profesión u oficio(Específique)
2.10. Empresa donde trabaja		2.11. Tipo de actividad económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio <input type="checkbox"/> Socio
2.12. Ingreso anual (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 54.000,00 <input type="checkbox"/> De 54.000,01 a 108.000,00 <input type="checkbox"/> De 108.000,01 a 216.000,00 <input type="checkbox"/> De 216.000,01 a 432.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 432.000,01		
2.13. Dirección de habitación		
2.13.1. Estado	2.13.2. Ciudad	2.13.3. Urb./Calle/Edif./Piso
2.13.4. Teléfonos Hab.: Cel.:		2.13.5. Correo electrónico
2.14. Dirección de oficina		
2.14.1. Estado	2.14.2. Ciudad	2.14.3. Urb./Calle/Edif./Piso

2.14.4. Teléfonos		2.14.5. Correo electrónico	
Ofic.:	Otro:	Fax:	

2.15. ¿La dirección de cobro es igual a la dirección de habitación u oficina? Sí No

En caso negativo, complete la información correspondiente a la dirección de cobro:

2.15.1. Estado	2.15.2. Ciudad	2.15.3. Urb./Calle/Edif./Piso
----------------	----------------	-------------------------------

2.15.4. Teléfonos		2.15.5 Correo electrónico	
Otro:	Otro:		

2.16. Información adicional

2.16.1. Ocupación, detalle

2.16.2. ¿Efectúa trabajos manuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.16.3. ¿Trabaja con electricidad de alta tensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique la frecuencia y especifique: _____	Especifique: _____

2.16.4. ¿Utiliza maquinaria o fuerza motriz en su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.16.5. ¿Trabaja sobre techos, andamios o edificaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Especifique: _____	Especifique: _____

2.16.6. ¿Trabaja en lugares donde hay materiales inflamables, corrosivos, explosivos o peligrosos? Sí No

Especifique: _____

III.- DATOS DE FAMILIARES A INCLUIR

3.1 Apellido(s) y nombre(s)	3.2. Cédula de identidad	3.3. Fecha de nacimiento	3.4. Parentesco	3.5. Ocupación

IV. ACTIVIDADES Y DEPORTES QUE PRACTICAN

4.1. ¿Practica usted o algunos de sus familiares a incluir en algún deporte?

4.1.1. Apellido(s) y nombre(s)	4.1.2. Parentesco	4.1.3. Deporte	4.1.4. Aficionado	4.1.5. Profesional
Titular	Titular		<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"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. ¿Desea usted o algunos de sus familiares asegurarse en su ejecución? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

4.3. ¿Desea usted o algunos de sus familiares a incluir asegurarse en sus viajes? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

4.4. ¿Usted o algunos de sus familiares a incluir pilotea aviones comerciales, aviones particulares o helicópteros? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

4.5. ¿Desea usted o algunos de sus familiares a incluir asegurarse al pilotear? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

4.6. ¿Usted o algunos de sus familiares a incluir maneja motocicletas, motonas o monopatín? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

4.7. ¿Desea usted o algunos de sus familiares a incluir asegurarse en su manejo? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

V. ENFERMEDADES

5.1. Padece o ha padecido usted o alguno de sus familiares por incluir de enfermedades tales como:

- | | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------------|---------------|
| 5.1.1. Sistema nervioso | 5.1.6. Corazón | 5.1.11. Venas varicosas | 5.1.16. Ojos |
| 5.1.2. Afecciones coronarias | 5.1.7. Diabetes | 5.1.12. Ulceras | 5.1.17. Oídos |
| 5.1.3. Hipertensión arterial | 5.1.8. Epilepsia | 5.1.13. Tumores | |
| 5.1.4. Riñones | 5.1.9. Vértigo | 5.1.14. Pulmones | |
| 5.1.5. Reumatismo | 5.1.10. Parálisis | 5.1.15. Gota | |

5.1.18. Apellido(s) y nombre(s)	5.1.19. Parentesco	5.1.20. Enfermedad
Titular	Titular	

5.2. ¿Padece usted o alguno de sus familiares a incluir, multilaciones, deformaciones o defectos físicos? Sí No

5.2.1. Apellido(s) y nombre(s)	5.2.2. Parentesco	5.2.3. Indique cuáles
Titular	Titular	

5.3. ¿Es usted o alguno de sus familiares zurdo? Sí No

Titular Familiar: Indique apellido(s) y nombre(s) _____

5.4. ¿Ha sufrido usted o alguno de sus familiares por incluir algún accidente? Sí No

5.4.1. Apellido(s) y nombre(s)	5.4.2. Parentesco	5.4.3. Fecha de la lesión	5.4.4. Naturaleza de la lesión	5.4.5. Estado actual de la lesión
Titular	Titular			

5.5. ¿Posee usted o alguno de sus familiares a incluir, alguna(s) Póliza(s) de Accidentes Personales o Vida con ésta u otra empresa? Sí No

5.5.1. Apellido(s) y nombre(s)	5.5.2. Parentesco	5.5.3. Empresa Aseguradora	5.5.4. Número	5.5.5. Monto de la póliza
Titular	Titular			

VI. COBERTURAS SOLICITADAS

6.1. Muerte accidental. (Bs.) _____	6.2. Incapacidad total y permanente. (Bs.) _____
6.3. Incapacidad Temporal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Bs.) _____	6.4. Gastos médicos y farmacéuticos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Bs.) _____
6.5. Gastos de entierro. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Bs.) _____	6.6. Cobertura de vida. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Bs.) _____

6.7. Cobertura para gastos de rehabilitación.
 Sí No (Bs.) _____

6.8. Renta educacional.
 Sí No (Bs.) _____

6.9. Características de la Renta.
 Constante
 Creciente % _____ Mens. (Bs.) _____

Apellido(s) y nombre(s) del Representante Legal o

Tutor, para los hijos menores de edad: _____ C.I.: _____

6.10. Beneficiarios de la Renta Educativa.

Apellido(s) y Nombre(s)	Tiempo faltante para culminar estudios

6.11. Otras coberturas.

Especifique: _____

VII. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

7.1. Apellido(s) y nombre(s)	7.2. Parentesco	7.3. Cédula de identidad	7.4. Porcentaje de participación

VIII. DECLARACIÓN DEL TOMADOR

8.1. Yo, el propuesto asegurado certifico la exactitud y veracidad de todas las declaraciones arriba expresadas y que nada he omitido, ocultado o disimulado, y estoy enterado que las falsedades y reticencias de mala fe por mi parte, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el asegurador de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Autorizo a C.N.A. de Seguros La Previsora, para requerir cualquier información relacionada a esta solicitud de seguros y relevo a los terceros, cuya información será requerida, de la obligación de guardar el secreto profesional y así como de toda responsabilidad que pudiera derivarse del uso que haga la aseguradora de tales informaciones.

Yo, _____, C.I. N°: _____ en mi carácter de tomador de la póliza o representante del tomador (persona jurídica con R.I.F. N° _____), declaro: Que el dinero que será utilizado para el pago de la prima, provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, a las que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, u otras leyes de la República Bolivariana de Venezuela.

Lugar _____ día _____ de _____ de 20 _____

	TOMADOR	PROPUESTO ASEGURADO	

Huella dactilar y firma

Huella dactilar y firma

IX. DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO

9.1. Apellidos y nombres: _____

C.I. N°: _____ V__E__ código del intermediario _____.

Certifico que todos los datos registrados en la presente solicitud de seguros a mi leal saber y entender son ciertos, correctos, verificables y que las firmas que se avalan son auténticas y veraces.

Lugar _____ día _____ de _____ de 20 _____

Artículo 182, numeral 3, de la Ley de la Actividad Aseguradora: “Serán penados con prisión de dos a seis años:

(...)

3. El intermediario de seguros, que haya incurrido en fraude en el ejercicio de sus funciones. Si el intermediario es una persona jurídica, la sanción por el ilícito se aplicará al presidente o presidenta, administradores o administradoras, ejecutivos o ejecutivas, directores o directoras, gerentes, factores y otros empleados o empleadas de rango similar, responsables del fraude”.

Firma del Intermediario

I N S T R U C T I V O

Título:	Solicitud de Seguro de Accidentes Personales Individual	Código: FRM-VSU-GSP-AP-IND-004
Objetivo:	Registrar los datos del solicitante de seguro para el producto Accidentes Personales Individual con el fin de analizar el riesgo para la emisión de la póliza de accidentes personales-individual.	
Fecha:	Indique la fecha en formato día, mes y año en que se realiza la solicitud de seguros.	
I. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/TOMADOR		
1.1	Razón social/Representante legal/ Apellido(s) y nombre(s)	Coloque la razón social, representante legal o (los) nombre(s) y apellido(s) del representante legal o del tomador de seguro.
1.2	R.I.F./Representante legal/C.I./ Pasaporte	Marque con una equis "X", en el recuadro correspondiente el tipo de documento de identidad de: <input type="checkbox"/> R.I.F. <input type="checkbox"/> Cédula de identidad o <input type="checkbox"/> Número de pasaporte del representante legal o tomador del seguro.
1.3	Sexo	Marque en la casilla correspondiente al sexo del representante legal o tomador del seguro: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1.4	Lugar de nacimiento	Indique lugar de nacimiento del representante legal o del tomador de seguro.
1.5	Fecha de nacimiento	Indique día, mes y año de nacimiento del representante legal o del tomador de seguro.
1.6	Estado civil	Marque con una equis "X" en el recuadro correspondiente, el estado civil del representante legal o tomador del seguro entre: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro, especifique.
1.7	Actividad económica	Indique la actividad económica del representante legal o tomador del seguro.
1.8	Profesión u oficio(Especifique)	Indique la profesión u oficio del representante legal o tomador del seguro.
1.9	Empresa donde trabaja	Indique el nombre de la empresa donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.10	Tipo de relación	Marque con una equis "X" en el recuadro correspondiente, el tipo de relación a la que se dedica el representante legal o tomador del seguro: <input type="checkbox"/> Independiente, <input type="checkbox"/> Libre ejercicio, <input type="checkbox"/> Empleado, <input type="checkbox"/> Socio.
1.11	Ingreso promedio anual (Bs.)	Seleccione entre los rangos presentados, el ingreso promedio anual que percibe el representante legal o tomador del seguro: <input type="checkbox"/> Hasta 54.000,00 <input type="checkbox"/> De 54.000,01 a 108.000,00 <input type="checkbox"/> De 108.000,01 a 216.000,00 <input type="checkbox"/> De 216.000,01 a 432.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 432.000,01
1.12	Patrimonio (Bs.)	Seleccione entre los rangos presentados, el patrimonio que percibe el representante legal o tomador del seguro: <input type="checkbox"/> Hasta 50.000,00 <input type="checkbox"/> De 50.000,01 a 500.000,00 <input type="checkbox"/> De 500.000,01 a 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> De 2.000.000,01 a 10.000.000,00 <input type="checkbox"/> De 10.000.000,01 a 50.000.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 50.000.000,01
1.13	Dirección de habitación	Área destinada para indicar la dirección de habitación del representante legal o del tomador.
1.13.1	Estado	Coloque el estado del país donde reside el representante legal o tomador del seguro.
1.13.2	Ciudad	Indique la ciudad donde reside el representante legal o tomador del seguro.
1.13.3	Urb./Calle/Edf./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde reside el representante legal o tomador del seguro.
1.13.4	Teléfonos	Indique los números de telefono de: Habitación o celular del representante legal o tomador del seguro.
1.13.5	Correo electrónico	Indique el correo electrónico del representante legal o tomador del seguro.
1.13	Dirección de oficina	Área destinada para indicar la dirección de oficina del representante legal o tomador del seguro.
1.13.1	Estado	Coloque el estado del país donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.13.2	Ciudad	Indique la ciudad donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.13.3	Urb./Calle/Edf./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.13.4	Teléfonos	Indique los números de teléfonos de: Oficina, otros o Fax del representante legal o tomador del seguro.
1.13.5	Correo electrónico	Indique el correo electrónico del representante legal o tomador del seguro.
II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO		
2.1	Apellido(s) y nombre(s)	Indique nombre(s) y apellido(s) del propuesto asegurado.
2.2	C.I./Pasaporte/R.I.F.	Indique número de cédula de identidad, número del pasaporte u número del R.I.F. del propuesto asegurado.
2.3	Sexo	Marque en la casilla correspondiente al sexo del propuesto asegurado. <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2.4	Peso/Estatura	Indique peso y estatura del propuesto asegurado.
2.5	Lugar de nacimiento	Indique lugar de nacimiento del propuesto asegurado.
2.6	Fecha de nacimiento	Indique día, mes y año de nacimiento del propuesto asegurado.
2.7	Estado civil	Seleccione el estado civil del propuesto asegurado entre: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro, Especifique.
2.8	Actividad económica	Indique la actividad económica del propuesto asegurado.
2.9	Profesión u oficio	Indique la profesión u oficio del propuesto asegurado.
2.10	Empresa donde trabaja	Indique la empresa donde labora del propuesto asegurado.
2.11	Tipo de relación	Seleccione de las opciones presentadas el tipo de relación que realiza el propuesto asegurado.
2.12	Ingreso anual (Bs.)	Seleccione entre los rangos presentados, el ingreso anual que percibe el propuesto asegurado.
2.13	Dirección de habitación	Área destinada para indicar la dirección de habitación del propuesto asegurado.

2.13.1	Estado	Indique el estado del país donde reside el propuesto asegurado.
2.13.2	Ciudad	Indique la ciudad donde reside el propuesto asegurado.
2.13.3	Urb./Calle/Edf./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde reside el propuesto asegurado.
2.13.4	Teléfonos	Indique los teléfono contacto de: Habitación o celular del propuesto asegurado.
2.13.5	Correo electrónico	Indique el correo electrónico del propuesto asegurado.
2.14	Dirección de oficina	Área destinada para indicar la dirección de oficina del propuesto asegurado.
2.14.1	Estado	Coloque el estado del país donde trabaja el propuesto asegurado.
2.14.2	Ciudad	Indique la ciudad donde trabaja el propuesto asegurado.
2.14.3	Urb./Calle/Edf./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde trabaja el propuesto asegurado.
2.14.4	Teléfonos	Indique los números de teléfonos de: Oficina, otros o Fax del propuesto asegurado.
2.14.5	Correo electrónico	Indique el correo electrónico del representante legal o tomador del seguro.
2.15	¿La dirección de cobro es igual a la dirección de habitación u oficina?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder negativamente, debe completar los campos del 2.15.1 al 2.15.5
2.15.1	Estado	Indique el estado del país donde se realizará el cobro.
2.15.2	Ciudad	Indique el nombre de la ciudad del estado donde se realizará el cobro.
2.15.3	Urb./Calle/Edf./Piso	Indique el nombre de la urbanización, calle, edificio y piso donde se realizará el cobro.
2.15.4	Teléfonos	Indique los números de telefonos de contacto del propuesto asegurado.
2.15.5	Correo electrónico	Indique el correo electrónico del propuesto asegurado.
2.16	Información adicional	Área destinada para indicar información adicional del campo laboral del propuesto asegurado.
2.16.1	Ocupación	Indique la ocupación detallada del propuesto asegurado.
2.16.2	¿Efectúa trabajos manuales?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la frecuencia y explique cuál es el tipo de trabajo manual.
2.16.3	¿Trabaja con electricidad de alta tensión?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique.
2.16.4	¿Utiliza maquinaria o fuerza motriz en su trabajo?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique.
2.16.5	¿Trabaja sobre techos, andamios o edificaciones?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique.
2.16.6	¿Trabaja en lugares donde hay materiales inflamables, corrosivos, explosivos o peligrosos?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique.
III. DATOS FAMILIARES A INCLUIR		
3.1	Apellido(s) y nombre(s)	Indique los apellido(s) y nombre(s) de los familiares a incluir en la póliza.
3.2	Cédula de identidad	Indique número de cédula de identidad de los familiares a incluir en la póliza.
3.3	Fecha de nacimiento	Indique día, mes y año de los familiares a incluir en la póliza.
3.4	Parentesco	Indique parentesco que tiene con el titular de la póliza.
3.5	Ocupación	Indique la ocupación de los familiares a incluir en la póliza.
IV. ACTIVIDADES Y DEPORTES A INCLUIR		
4.1	¿Practica usted o alguno de sus familiares por incluir en algún deporte?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique apellidos y nombres, parentesco, el deporte, y si es aficionado marque en el recuadro que corresponda.
4.2	¿Desea usted o alguno de sus familiares asegurarse en su ejecución?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s) del(los) familiar(es).
4.3	¿Desea usted o alguno de sus familiares por incluir asegurarse en sus viajes?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s) de(los) familiar.
4.4	¿Usted o alguno de sus familiares por incluir pilotea aviones comerciales, aviones particulares o helicópteros?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s) de(los) familiar(es).
4.5	¿Desea usted o alguno de sus familiares por incluir asegurarse al pilotear?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s) del(los) familiar(es).
4.6	¿Usted o alguno de sus familiares por incluir maneja motocicletas, motonas o monopatín?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique apellido(s) y nombre(s) del familiar que lo maneja.

4.7	¿Desea usted o alguno de sus familiares por incluir asegurarse en su manejo?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s) del familiar.
V. ENFERMEDADES		
5.1	¿Padece o ha padecido usted o alguno de sus familiares por incluir, enfermedades? Como se menciona en el formulario del 5.1.1. al 5.1.17.	De ser afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s), parentesco y enfermedad del titular o familiar(es) que padece(n) la enfermedad. Adicionalmente indique la enfermedad y dentro de ellos especifique, ejemplo: Úlcera, úlcera gástrica, cáncer de piel.
5.2	¿Padece usted o alguno de sus familiares a incluirse, mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s), parentesco y patología del titular o familiar.
5.3	¿Es usted o alguno de sus familiares zurdo?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s), del(los) familiar(es).
5.4	¿Ha sufrido usted o alguno de sus familiares por incluirse algún accidente?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s), parentesco, fecha de la lesión, naturaleza de la lesión, estado actual de la lesión del accidente ocurrido al(los) familiar(es) o titular.
5.5	¿Posee usted o alguno de sus familiares a incluir, alguna(s) Póliza(s) de Accidentes Personales o Vida con ésta u otra empresa?	Seleccione en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique apellido(s) y nombre(s), parentesco, empresa aseguradora, número y monto de la póliza del titular o familiar.
VI. COBERTURAS SOLICITADAS		
6.1	Muerte accidental	Coloque el monto en bolívares (Bs.) de la cobertura por muerte accidental.
6.2	Incapacidad total y permanente	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.3	Incapacidad temporal	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.4	Gastos médicos y farmacéuticos	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.5	Gastos de entierro	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.6	Cobertura de vida	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.7	Cobertura para gastos de rehabilitación	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.8	Renta educacional	Marque con una equis (X) en el recuadro que corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, indique el monto en bolívares (Bs.).
6.9	Características de la renta	Marque con una equis (X) las características de la renta entre: <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Crecimiento porcentual (%), e indique el monto en bolívares (Bs) mensual, coloque el(los) apellido(s) y nombre(s) del representante legal o tutor de los hijos menores de edad y número de cédula de identidad.
6.10	Beneficiarios de la Renta Educacional	Coloque apellido(s) y nombre(s) del beneficiario educacional y tiempo faltante por culminar los estudios.
6.11	Otras coberturas	Indique otra cobertura a ser solicitada.
VII. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE		
7.1	Apellido(s) y nombre(s)	Indique el(los) apellido(s) y nombre(s) del(los) beneficiario(s), a incluir en caso de muerte.
7.2	Cédula de identidad	Indique el parentesco que tiene con el titular a incluir en caso de muerte.
7.3	Parentesco	Indique el número de cédula de identidad de los familiares a incluir en caso de muerte.
7.4	Porcentaje de Participación	Indique el porcentaje de participación a incluir en caso de muerte.
VIII. DECLARACIÓN DEL TOMADOR		
8.1	Área destinada para colocar la declaración jurada del tomador del seguro en la que debe indicar los datos personales o R.I.F., en caso de ser una persona jurídica, coloque la fecha en que firma la declaración, huella, firma tanto del tomador del seguro como del propuesto asegurado.	
IX. DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS		
9.1	Área destinada para colocar la declaración jurada del intermediario de seguros. Debe indicar los datos personales, código del intermediario y la fecha en que realiza la declaración, así como la firma del intermediario de seguros.	