

Fecha: _____
DD MM AAAA

Solicitud de Seguros Viajero

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmienda y debidamente firmada por El Tomador y del 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 TOMADOR			
1.1. Persona Natural			
1.1.1 Apellido(s) y nombre(s)		1.1.2. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____	1.1.3. Nacionalidad
1.1.4. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	1.1.5. Lugar de nacimiento	1.1.6. Fecha de nacimiento	1.1.7. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique: _____
1.1.8. Actividad económica (Si es comerciante indicar el Ramo)	1.1.9. Profesión u oficio (Especifique)	1.1.10. Descripción de la actividad económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio	
1.1.11 Empresa donde trabaja	1.1.12. Ingreso Anual (Bs.)	1.1.13. E-mail	
1.2. Persona Jurídica			
1.2.1. Razón social		1.2.2. R.I.F. <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G Número: _____	
1.2.3. Actividad económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____		1.2.4. Producto u Servicios que ofrece	1.2.5. Ingreso Promedio Anual (Bs.)
1.2.6. Fecha de constitución de la empresa	1.2.7. Nombre del Registro Mercantil	1.2.8. Nro. del Registro	1.2.9. Nro. del Tomo
1.2.10. Apellido(s) y nombre(s) del representante legal		1.2.11. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____	1.2.12. E-mail
1.3. Dirección de habitación (Persona Natural) <input type="checkbox"/> Dirección de la empresa (Persona Jurídica) <input type="checkbox"/>			
1.3.1 Estado		1.3.2. Ciudad	
1.3.3. Municipio		1.3.4. Parroquia	
1.3.5. Urbanización		1.3.6 <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal Nombre: _____	
1.3.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local Nombre: _____		1.3.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Indique: _____	
1.3.9. Teléfonos Hab.: _____		Ofic.: _____	Cel.: _____ Fax: _____
1.3.10. Zona Postal			
1.4. Dirección de oficina (Persona Natural)			
1.4.1 Estado		1.4.2. Ciudad	
1.4.3. Municipio		1.4.4. Parroquia	
1.4.5. Urbanización		1.4.6. <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal Nombre: _____	
1.4.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local Nombre: _____		1.4.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Número: _____	
1.4.9. Teléfonos Ofic.: _____		Otro: _____	Cel.: _____ Fax: _____
1.4.10. Zona Postal		1.4.11. E-mail	
II.- DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO			
2.1. Persona Natural			
2.1.1 Apellido(s) y nombre(s)		2.1.2. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número: _____	2.1.3. Nacionalidad
2.1.4. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	2.1.5. Lugar de nacimiento	2.1.6. Fecha de nacimiento	2.1.7. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique: _____

2.1.8. Actividad económica (Si es comerciante indicar el Ramo)		2.1.9. Profesión u oficio (Especifique)		2.1.10. Descripción de la actividad económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio	
2.1.11 Empresa donde trabaja		2.1.12. Ingreso Anual (Bs.)		2.1.13. E-mail	
2.2. Dirección de habitación (Persona Natural) <input type="checkbox"/>			Dirección de la empresa (Persona Jurídica)		
2.2.1 Estado			2.2.2. Ciudad		
2.2.3. Municipio			2.2.4. Parroquia		
2.2.5. Urbanización			2.2.6. <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal Nombre: _____		
2.2.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local			2.2.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Nombre: _____ Indique: _____		
2.2.9. Teléfonos		Ofic.:		2.2.10. Zona Postal	
Hab.:		Cel.:		Fax:	
III.- COBERTURA OFRECIDA					
3.1 Asistencia Médica por Accidente 3.2 Asistencia Médica por Enfermedad 3.3 Medicamentos 3.4 Emergencia Dental 3.5 Traslado Sanitario 3.6 Hotel por Convalecencia 3.7 Acompañamiento de Menores 3.8 Repatriación Funeraria 3.9 Mensajes Urgentes 3.10 Demora de Equipaje 3.11 Asistencia por Extravío de Documentos Personales y Equipaje 3.12 Interrupción de Viaje por Catástrofe 3.13 Línea de Consulta 24 Horas 3.14 Compensación por Pérdida de equipaje 3.15 Asistencia Médica por Enfermedad Pre-Existente 3.16 Traslado del Familiar por Hospitalización 3.17 Asistencia Legal por Accidente de Tránsito 3.18 Transferencia de Fondos para Fianza Legal 3.19 Cobertura Geográfica					
Las coberturas descriptas tienen un máximo de duración por viaje de noventa (90) días continuos, desde la fecha de ingreso al país de destino.					
IV. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO					
4.1. ¿Goza usted de buena salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique detalle: _____					
4.2. ¿Se ha practicado alguna intervención quirúrgica? (funcional o estética) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique detalle: _____					
4.3. ¿Usted tiene conocimiento de alguna enfermedad que padece o haya padecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique detalle: _____					
4.4. ¿Ha estado usted en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad en los últimos doce (12) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique detalle: _____					
4.5. ¿Usted padece actualmente de alguna enfermedad: Transitoria, crónica o defecto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique detalle: _____					
4.6. ¿Ha sufrido usted algún accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique detalle: _____					
4.7. ¿Se encuentra usted en estado de gravidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique detalle: _____					

4.8. ¿Sufre o ha sufrido defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia)? En caso de ser afirmativo, indique detalle: Sí No _____

V.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR

5.1. 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	Firma	Firma	Huella dactilar

VI.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

6.1. 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 185, 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

Huella dactilar