

Fecha: _____
 DD MM AAAA

Solicitud de Seguro _____ Individual

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas 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 de 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 Especifique: _____		1.7. Actividad económica		1.8. Profesión u oficio (Especifique)	
1.9. Empresa donde trabaja		1.10. Tipo de relación <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Libre ejercicio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio			
1.11. Ingreso promedio anual (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 54.000,00 <input type="checkbox"/> De 108.000,01 a 216.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 432.000,01 <input type="checkbox"/> De 54.000,01 a 108.000,00 <input type="checkbox"/> De 216.000,01 a 432.000,00					
1.12. Patrimonio <input type="checkbox"/> Hasta 50.000,00 <input type="checkbox"/> De 500.000,01 a 2.000.000,00 <input type="checkbox"/> De 10.000.000,01 a 50.000.000,00 <input type="checkbox"/> De 50.000,01 a 500.000,00 <input type="checkbox"/> De 2.000.001 a 10.000.000 <input type="checkbox"/> Más 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 <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. Lugar de nacimiento		2.5. Fecha de nacimiento		2.6. Edad	
				2.7. Peso/Estatura/Tensión arterial _____Kg./ _____Cm./ _____Alta/ _____Baja	
2.8. Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique: _____		2.9. Actividad económica		2.10. Profesión u oficio (Especifique)	
				2.11. Empresa donde trabaja	
2.12. Ingreso anual (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 54.000,00 <input type="checkbox"/> De 216.000,01 a 432.000,00 <input type="checkbox"/> De 54.000,01 a 108.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 432.000,01 <input type="checkbox"/> De 108.000,01 a 216.000,00				2.13. Tipo de relación <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio <input type="checkbox"/> Socio	
2.14. Dirección de habitación					
2.14.1. Estado		2.14.2. Ciudad		2.14.3. Urb./Calle/Edif./Piso	

2.14.4. Teléfonos Hab.: Cel.:		2.14.5. Correo electrónico
------------------------------------	--	----------------------------

2.15. Dirección de oficina

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

2.15.4. Teléfonos Ofic.: Otro: Fax:		2.15.5. Correo electrónico
--	--	----------------------------

2.16. La dirección de cobro es igual a la dirección de habitación u oficina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
--	--

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

2.16.1. Estado	2.16.2. Ciudad	2.16.3. Urb./Calle/Edif./Piso
----------------	----------------	-------------------------------

2.16.4. Teléfonos Otro: Otro:		2.16.5. Correo electrónico
------------------------------------	--	----------------------------

III- COBERTURA BÁSICA

3.1. Plan:	3.2. Capital asegurado:	3.3. Porcentaje Int. D.H.:	3.4. Duración en años:
------------	-------------------------	----------------------------	------------------------

IV.- COBERTURAS ADICIONALES

4.1. Nombre de la cobertura	4.2. Monto suma asegurada
Renta familiar	
Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental (Doble indemnización)	
Exención de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente	
Renta mensual por incapacidad total y permanente	
Anticipo del capital asegurado en caso de incapacidad total y permanente	

La solicitud de cada una de estas coberturas quedará a juicio del Tomador

V.- BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

5.1. Apellido(s) y nombre(s)	5.2. Parentesco	5.3. Cédula de identidad	5.4. Porcentaje (%) de participación

VI.- ACTIVIDADES Y DEPORTES QUE PRACTICA EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

6.1. ¿Practica usted algún deporte? Sí No
 ¿Cuál? _____ Es aficionado o Profesional
 ¿Desea asegurarse en su ejecución? Sí No

6.2. ¿Usted viaja en avionetas o helicópteros de propiedad particular? Sí No
 ¿Desea asegurarse en sus viajes? Sí No

6.3. ¿Usted pilota aviones comerciales, aviones particulares o helicópteros? Sí No
 Especifique: _____
 ¿Desea asegurarse en su manejo? Sí No

VII.- HÁBITOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

7.1. ¿Usted usa o ha usado morfina, heroína, LDS u otra droga narcótica o psicoterapéutica? Sí No
 En caso de ser afirmativo, indique: Tiempo de consumo: _____

7.2. ¿Usted consume o ha consumido bebidas alcohólicas? Sí No
 En caso de ser afirmativo, indique:
 Cantidad: _____ Frecuencia: _____ Tiempo de consumo: _____

7.3. ¿Usted fuma o ha fumado? Sí No
 En caso de ser afirmativo, indique:
 Cantidad: _____ Frecuencia: _____ Tiempo de consumo: _____

VIII.- DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

8.1. ¿Goza usted de buena salud? Sí No
 En caso de ser negativo, indique detalles: _____

8.2. ¿Se encuentra usted de reposo? Sí No
 En caso de encontrarse de reposo indique la causa: _____

8.3. ¿Padece usted de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos? Sí No
 ¿Cuáles? _____

8.4. ¿Es usted zurdo? Sí No

8.5. ¿Ha sufrido usted algún accidente? Sí No
 Indique la fecha, naturaleza de las lesiones y su estado actual: _____

8.6. ¿Existe algún aspecto de su vida actual o pasada, que haya estado expuesto al contagio del virus del SIDA? (promiscuidad sexual, posible exposición a sangre o derivados sanguíneos infectados, bisexualidad, drogadicción, enfermedades venéreas). Sí No

8.7. ¿Ha variado su peso en los últimos tres (3) años? Sí No
 ¿En cuántos kilos varió? _____ Causas de la variación: _____

8.8. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o ha estado hospitalizado alguna vez? Sí No
 Indique: _____

8.9. ¿Está tomando usted algún medicamento o se encuentra bajo tratamiento médico o ha avisado de la posibilidad de necesitar tratamiento futuro? Inique: Sí No
 Especifique: _____

8.10. Padece o ha padecido usted:

		Sí	No
a)	Enfermedades del sistema nervioso, epilepsias, hemiplejia, psicosis, locura, desmayos, vértigos, convulsiones, apoplejía, retardo mental, polineuritis, síndrome de Down.		
b)	Enfermedades de la piel, ojos, oídos, nariz, garganta, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, amigdalitis y/o rinitis.		
c)	Enfermedades del sistema cardiovascular, circulación, hipertensión o hipotensión, fiebre reumática, dolores de pecho, infartos, insuficiencia cardíaca, isquemia, tromboflebitis, afecciones vasculares, soplos, hemorragia cerebral.		

d)	Enfermedades del sistemas digestivo, úlcera, cólicos vesiculares, hepatitis o cirrosis del hígado, ictericia o problemas con la vesícula biliar, intestinos, estómago, hematemesis, páncreas, colón, recto, esófago, gastritis, litiasis, hemorroides.
e)	Enfermedades del sistema respiratorio, tos crónica, esputo de sangre, dificultades respiratorias, pleuresía, tuberculosis, neumonía, bronquitis, asma bronquial, enfisema.
f)	Enfermedades del sistema óseomuscular, osteomietitis, dolor lumbar, osteoartritis, escoliosis, artritis, reumatismo, hernias, lumbago, desviación de la columna.
g)	Enfermedades del sistema endocrino, diabetes, obesidad, hipófisis, tiroides y/o glándula suprarrenales.
h)	Enfermedades del sistema génito-urinario, cálculos, tumores de próstata, riñones, tumores mamarios, uretra, vejiga, varicocele, incontinencia urinaria.
i)	Enfermedades venéreas contagiosas o infecciosas.
j)	Enfermedades propias de la mujer (alteraciones menstruales, fibromas, glándulas mamarias, trompas, ovarios, útero, prolapso endometriosis).
k)	Trastornos de la sangre, tumores, excrecencias, cáncer.
l)	Fiebres persistentes.
m)	Otras enfermedades o padecimientos diferentes a las indicadas en esta solicitud.

IX.- EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS, POR FAVOR DETALLE

9.1. Enfermedad	9.2. Fecha de comienzo	9.3. Duración	9.4. Tratamiento indicado por el médico tratante

X.- OTROS SEGUROS VIGENTES

10.1. Nombre de la compañía	10.2. Monto asegurado	10.3. Antigüedad

XI.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR

11.1. 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	
	<hr/>	<hr/>	
	Huella dactilar y firma	Huella dactilar y firma	

XII.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

12.1. 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

INSTRUCTIVO

Título:	Solicitud de Seguro Vida individual	Código: FRM-VSU-GSP-VD-IND-002
Objetivo:	Registrar los datos del solicitante de seguros del producto Vida individual, con el fin de analizar el riesgo para la emisión de la póliza.	
Fecha de solicitud:	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 tomador del 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 el sexo del representante legal o el tomador del seguro: <input type="checkbox"/> M o F <input type="checkbox"/> .
1.4.	Lugar de nacimiento	Indique lugar de nacimiento del representante legal o tomador del seguro.
1.5.	Fecha de nacimiento	Indique día, mes y año de nacimiento representante legal o tomador del seguro.
1.6.	Estado civil	Marque con una "X" en el recuadro correspondiente al 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. De ser otro, indique.
1.7.	Actividad económica	Indique la actividad económica a la que se dedica el representante legal o el 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	Coloque el nombre de la empresa donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.10.	Tipo de relación	Marque con una "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	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	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 <input type="checkbox"/> De 10.000.000,01 a <input type="checkbox"/> 50.000.000,00 <input type="checkbox"/> Más 50.000.000,01.
1.13. Dirección de habitación		Área destinada para indicar la dirección de habitación del representante legal o tomador del seguro.
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/Edif./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 teléfonos de: Habitación o celular del representante legal o tomador del seguro.
1.13.5.	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico del representante legal o tomador del seguro.
1.14. Dirección de oficina		Área destinada para indicar la dirección de oficina del representante legal o tomador del seguro.
1.14.1.	Estado	Coloque el estado del país donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.14.2.	Ciudad	Indique la ciudad donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.14.3.	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
1.14.4.	Teléfonos	Indique los números de teléfonos de: Oficina, u otro del representante legal o tomador del seguro.
1.14.5.	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico del representante legal o tomador del seguro.
II.- DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO		
2.1.	Apellido(s) y nombre(s)	Coloque el(los) apellido(s), y nombre(s) del propuesto asegurado.
2.2.	C.I./Pasaporte	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> . Coloque el número de cédula de identidad o pasaporte del propuesto asegurado.
2.3.	Sexo	Marque en la casilla correspondiente el sexo del propuesto asegurado: <input type="checkbox"/> M o F <input type="checkbox"/>
2.4.	Lugar de nacimiento	Coloque el lugar de nacimiento del propuesto asegurado.
2.5.	Fecha de nacimiento	Coloque día, mes y año de nacimiento del propuesto asegurado.
2.6.	Edad	Coloque la edad del propuesto asegurado.
2.7.	Peso/estatura/Tensión arterial	Indique el peso/estatura/tensión arterial del propuesto asegurado.
2.8.	Estado civil	Marque con una equis "X" en el recuadro correspondiente 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. De ser otro, indique.
2.9.	Actividad económica	Indique la actividad económica a la que se dedica el propuesto asegurado.
2.10.	Profesión u oficio (especifique)	Indique la profesión u oficio del propuesto asegurado.

2.11.	Empresa donde trabaja	Coloque el nombre de la empresa donde trabaja el propuesto asegurado.
2.12.	Ingreso anual	Seleccione entre los rangos presentados, el ingreso anual que percibe el propuesto asegurado: <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.	Tipo de relación	Marque con una "X" en el recuadro correspondiente, el tipo de relación a la que se dedica el propuesto asegurado: <input type="checkbox"/> Independiente, <input type="checkbox"/> Libre ejercicio, <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio.
2.14. Dirección de habitación		Área destinada para indicar la dirección de habitación del propuesto asegurado.
2.14.1.	Estado	Coloque el estado del país donde reside el propuesto asegurado.
2.14.2.	Ciudad	Coloque la ciudad donde reside el propuesto asegurado.
2.14.3.	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde reside el propuesto asegurado.
2.14.4.	Teléfonos	Indique los números de teléfonos de: Habitación o celular del propuesto asegurado.
2.14.5.	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico del propuesto asegurado.
2.15. Dirección de oficina		Área destinada para indicar la dirección de oficina del propuesto asegurado.
2.15.1.	Estado	Coloque el estado del país donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
2.15.2.	Ciudad	Indique la ciudad donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
2.15.3.	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa y el piso donde trabaja el representante legal o tomador del seguro.
2.15.4.	Teléfonos	Indique los números de teléfonos de: Oficina, u otro del representante legal o tomador del seguro.
2.15.5.	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico del representante legal o tomador del seguro.
2.16.	¿La dirección de cobro es igual a la dirección de habitación u oficina?	Marque con una equis "X" en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De responder negativamente, debe completar los siguientes campos: 2.16.1. al 2.16.5.
2.16.1.	Estado	Coloque el estado del país donde se realizará el cobro.
2.16.2.	Ciudad	Coloque la ciudad donde se realizará el cobro.
2.16.3.	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa y el piso donde se realizará el cobro.
2.16.4.	Teléfonos	Indique los números de teléfonos de contacto del propuesto asegurado.
2.16.5.	Correo electrónico	Indique la dirección de correo electrónico del propuesto asegurado.
III.- COBERTURA BÁSICA		
3.1.	Plan	Coloque el plan que desee contratar.
3.2.	Capital asegurado	Indique el monto de la suma asegurada para el plan seleccionado.
3.3.	Porcentaje Int. D.H.	Indique el porcentaje de interés para el desgravamen hipotecario.
3.4.	Duración en años	Coloque la fecha establecida para el pago del crédito hipotecario.
IV.- COBERTURAS ADICIONALES		
4.1.	Nombre de la cobertura	Seleccione de las coberturas que desea contratar.
4.2.	Monto de la suma asegurada	Indique el monto de la suma asegurada por cada cobertura seleccionada.
V.- BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR		
5.1.	Apellido(s) y nombre(s)	Coloque el(los) apellido(s) y nombre(s) de la persona a incluir como beneficiario.
5.2.	Parentesco	Indique el parentesco del beneficiario con el titular.
5.3.	Cédula de identidad	Coloque el número del documento de identidad del beneficiario.
5.4.	Edad	Coloque la edad del beneficiario.
5.5.	% de participación	Indique el porcentaje de participación por cada beneficiario.
VI.- ACTIVIDADES QUE PRACTICA EL ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR		
6.1.	¿Practica usted algún deporte? ¿Cuál? ¿Desea asegurarse en su ejecución?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Aficionado o <input type="checkbox"/> Profesional. Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, sí desea asegurarse en su ejecución.
6.2.	¿Usted viaja en avionetas o helicópteros de propiedad particular? ¿Desea asegurarse en sus viajes?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, sí desea asegurarse en sus viajes.
6.3.	¿Usted pilota avión comercial, aviones particulares o helicópteros? Especifique ¿Desea asegurarse en su manejo?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, sí desea asegurarse en su manejo.
VII.- HÁBITOS DEL PROPUESTO ASEGURADOR TITULAR		
7.1.	¿Usted usa o ha usado morfina, heroína, LDS, u otra droga narcótica, o psicoterapeuta? Indique	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de afirmativo, indique el tiempo de consumo.
7.2.	¿Usted consume o ha consumido bebidas	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de afirmativo, indique:

	alcohólicas?	Cantidad, frecuencia, tiempo de consumo.
7.3.	¿Usted fuma o ha fumado?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de afirmativo, indique: Cantidad, frecuencia y tiempo de consumo.
VIII.- DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL SOLICITANTE Y DEL GRUPO FAMILIAR		
8.1.	¿Goza usted de buena salud?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.2.	¿Se encuentra actualmente usted de reposo?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la causa de su reposo.
8.3.	¿Padece usted de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de afirmativo, indique ¿cuáles?
8.4.	¿Es usted zurdo?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.5.	¿Ha sufrido usted algún accidente?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la fecha, naturaleza de las lesiones y su estado actual.
8.6.	¿Existe algún aspecto de su vida actual o pasada, que haya estado expuesto al contagio de virus de SIDA?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.7.	¿Ha variado su peso en los últimos tres (3) años?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique ¿cuántos kilos varió? y causas de la variación.
8.8.	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o ha estado hospitalizado alguna vez?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, indique:
8.9.	¿Está tomando usted algún medicamento o se encuentra bajo tratamiento médico o ha avisado de la posibilidad de necesitar tratamiento futuro?	Marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser afirmativo, especifique.
8.10.	Padece o ha padecido usted o alguno de:	De acuerdo a cada pregunta a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k), l) y m), marque con una equis "X" en el recuadro que corresponda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativo, responda el recuadro que se indica en el punto IX.
IX.- EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS, POR FAVOR DETALLE		
9.1.	Enfermedad	Indique el nombre de la enfermedad.
9.2.	Fecha de comienzo	Indique día, mes y año en que comenzó la enfermedad.
9.3.	Duración	Indique el tiempo estimado de duración de la enfermedad.
9.4.	Tratamiento indicado por el médico tratante	Coloque el tratamiento indicado por el médico tratante.
X.- OTROS SEGUROS VIGENTES		
10.1.	Nombre de la compañía	Indique el nombre de la compañía aseguradora donde posee otro(s) seguro(s).
10.2.	Monto asegurado	Coloque la suma asegurada de la otra compañía aseguradora.
10.3.	Antigüedad	Indique la antigüedad que posee con la póliza en la otra compañía aseguradora.
XI.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR		
11.1.	Área destinada para colocar la declaración del tomador de seguros en la que debe indicar los datos personales o R.I.F, en caso de ser una persona jurídica. Coloque día, mes y año en que firma la declaración, la huella dactilar y firma del tomador del seguro como del propuesto asegurado.	
XII.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS		
12.1.	Área destinada para colocar la declaración jurada del intermediario de seguros. Debe indicar los datos personales, código del intermediario y el día, mes y año en que realiza la declaración, así como la firma del intermediario de seguros.	