

# SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD PARA URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS SOLICITUD DE SEGURO

Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva Cotización Nro.: \_\_\_\_\_

Datos del Tomador			
Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Natural		Nro. de RIF / C.I.:	Nro. de NIT:
Denominación de la Razón Social / Nombres y Apellidos:		Siglas / Nombre Comercial:	
Nombre del Registro Mercantil		Circunscripción Judicial	
Tomo:	Número:	Fecha:	
Productos o Servicios que Ofrece (en caso de ser Persona Jurídica):			
En caso de ser Persona Natural: Dirección Residencia:			Teléfono de Residencia:
Dirección y Teléfono del lugar donde trabaja:		Oficio (ocupación):	
Profesión:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial	Ramo:	
Descripción de la Actividad:		Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria	
Productos y Servicios que Ofrece:			
Representante Legal de la Empresa, Nombres y Apellidos:		C.I. / Pasaporte:	Cargo:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental		Ramo:	
Descripción de la Actividad:		Profesión y Oficio:	
Dirección de Habitación:			
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
Correo Electrónico 1:		Correo Electrónico 2:	
Utilidad del Ejercicio Económico inmediatamente anterior (si aplica):		Patrimonio (según último Estado de Resultado):	
Dirección y Teléfonos de la Empresa donde Trabaja:			
Dirección de Cobro:			

## Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.) ☐ Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos ☐ Mayor a doce (12) Salarios Mínimos

Patrimonio (en Bs.) ☐ Menor o igual a veinticuatro (24) Salarios Mínimos ☐ Mayor a veinticuatro (24) Salarios Mínimos

## Datos del propuesto Asegurado Titular

Nro. C.I./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	R.I.F. Nro.:
País de origen:		Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
1er. Nombre:		2do. Nombre:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional	Ramo:

**Mercantil Seguros, C.A.** – RIF: J-000901805 – NIT: 00000-185-6-2. Inscrita en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 20-02-1974, bajo el Nro. 66, Tomo 7-A, autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas, bajo el Nro. 74. Dirección Sede Principal: Av. Libertador C/A Isaías "Látigo" Chávez, Edif. Seguros Mercantil, piso 6, Urb. Chacao, Z.P. 1060, Caracas - República Bolivariana de Venezuela. Telf. (0212) 276.2000. Apartado 61.618 (del Este) Z.P. 1060, Direc. Cable "Censeca". Télex 24119. Dirección Internet [www.mercantilseguros.com](http://www.mercantilseguros.com)

Descripción de la Actividad:	Productos y Servicios que Ofrece:
Profesión:	Oficio:
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Societaria	¿El Tomador es el Propuesto Asegurado?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En caso de Persona Jurídica:</b> Denominación de la Razón Social:	R.I.F. Nro.
Actividad Profesional, Comercial o Industrial:	Productos o Servicios que Ofrece:
Patrimonio (según último estado de resultado o estado de ganancias y pérdidas):	

Dirección de Residencia:				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:		Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:	
Correo Electrónico:				

Dirección de la Empresa o Lugar de Trabajo:				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:		Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:	
Correo Electrónico:				

Persona Expuesta Políticamente
--------------------------------

La persona expuesta políticamente es una persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario o funcionaria importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, elegido o no, un miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero o un ejecutivo de alto nivel de una corporación, que sea propiedad de un gobierno extranjero. En el concepto de familiares cercanos se incluyen a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad. También se incluyen en esta categoría a cualquier persona jurídica que como corporación, negocio u otra entidad haya sido creada por dicho funcionario(a) en su beneficio. Esta categoría se mantendrá mientras la persona persista en el cargo y durante cinco (05) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo.

¿Desempeña o ha desempeñado cargo público relevante en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Usted es usted o ha sido miembro de la directiva de algún partido político en la República Bolivariana de Venezuela o el cargo equivalente para los partidos políticos en el de otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Bs. 20.000.000 <input type="checkbox"/> Bs. 50.000.000

Frecuencia de Pago de la prima
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual

Otras Pólizas Contratadas de Salud				
No.	Empresa de Seguros	Suma Asegurada (Bs.)	Póliza vigente desde (Fecha)	Si la Póliza NO está Vigente, indique Causa de Terminación y Fecha
1.				
2.				
3.				
4.				

Datos de las Personas a Incluir en la Póliza							
No.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de C.I. o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso
1		<i>Solicitante Titular</i>					
2							
3							
4							
5							
6							

Declaración de Salud del Titular de la Póliza y los Asegurados Adicionales						
Tabaquismo ¿Fuma o ha Fumado?	N° Aseg	Respuesta	N° de cigarrillos diarios	N° de años que tiene fumando o que fumó		
		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Practica algún deporte o actividad profesional que se puede considerar de riesgo?	N° Aseg	Respuesta	Deporte o actividad de alto riesgo			
		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Patología	N° Aseg	Respuesta	Nombre del medicamento	Concentración	Frecuencia y horario de las tomas	Fecha de diagnóstico
Hipertensión		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Hiperinsulinismo		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Hipotiroidismo		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Asma		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Enfermedad</b>	<b>N° Aseg</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Tipo de enfermedad</b>			
Cáncer		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Neurológicas y del Sistema Nervioso		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cardiovasculares		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Osteomusculares		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Genito-Urinarias		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hematológicas		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedades Digestivas		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sistema Endocrino		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Respiratorias		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Oculares		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Covid 19		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Quemaduras de alto grado		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trasplante de Órganos		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Proceso Séptico Mayor		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Politraumatismo		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tienes colocado algún material de osteosíntesis, prótesis, stent y/o Marcapasos?		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Patología malformación o enfermedad o condición congénita o adquirida?		<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"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otras Condiciones de Salud de los Asegurados	N° Aseg	Respuestas	Otras Condiciones de Salud de los Asegurados	N° Aseg	Respuestas
¿Está embarazada?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implante de prótesis mamaria		<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"/> 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
Diabetes		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colecistectomía (Extracción de la vesícula)		<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"/> 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
Ovario poliquístico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adenoidectomía (Extracción de adenoides)		<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"/> 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
Histerectomía		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apendicectomía (Extracción del apéndice)		<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"/> 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
Cesárea o partos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalectomía (Extracción de las amígdalas)		<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"/> 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

Otra Enfermedad o Condición de Salud no nombrada en los puntos anteriores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique:

#### Declaración de fe

Yo, \_\_\_\_\_, antes identificado, el Tomador pagador de la prima de la Póliza de Salud para Urgencias y Emergencias Médicas solicitada por el presente, doy fe de 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, bienes, valores, títulos, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.

Yo, \_\_\_\_\_, el Propuesto Asegurado Titular, declaro bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Asimismo, estoy en conocimiento que la información suministrada en la presente Solicitud constituye la base para el análisis del riesgo y para la emisión de la póliza solicitada al Asegurador, por lo que cualquier omisión o tergiversación en dicha información será razón para la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza y en la normativa vigente.

Autorizo(amos) la verificación de la información aquí suministrada, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente Solicitud de Seguro no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador.

Lugar y Fecha Declaración: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombres Tomador:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Tomador:	Huella Dactilar del Tomador: Lugar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda
Apellidos y Nombres Solicitante Titular:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Solicitante Titular:	Huella Dactilar del Propuesto Asegurado Titular: Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda

#### Intermediario

Apellidos y Nombres:	Código:	% Participación:	Firma:
----------------------	---------	------------------	--------