



LIBERTY VIDA INDIVIDUAL

Las sumas aseguradas de la cobertura básica y las coberturas opcionales deben ser seleccionadas en un mismo tipo de moneda (Bolívares o Dólares)

Cobertura Básica

Moneda: Bs. ☐ US\$ ☐ Plan: _____ Edad/Plan: _____ Suma Asegurada: _____

Coberturas Opcionales

Muerte Accidental ☐ S. Asegurada: _____ Renta por Incapacidad ☐ S. Asegurada: _____

Situaciones Extremas ☐ S. Asegurada: _____ Anexo Ahorro ☐ Prima: _____

Vigencia del Seguro

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Forma de Pago:

☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Solicitante

Nombre, Apellidos: _____ Apto. No.: _____ Urb. / Sector: _____

Municipio./Parroquia: _____

Cédula de Identidad: V ☐ E ☐ Ciudad: _____ Estado: _____

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Zona Postal: _____

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Teléfonos: _____

Otro _____ Celular: _____ E-mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección de Cobro (Avenida / Calle / Carrera / Esquina /

Estatuta: _____ Peso: _____ Prolongación / Vereda / Carretera): _____

Actividad Económica / Ocupación: _____

Ingreso Mensual: _____ Conj. Resd./Centro.Com.: _____

Actividad Deportiva: _____ Edf/Casa/Qta/Galpón: _____ Piso: _____

Profesional ☐ Aficionado ☐ Años: _____ Apto. No: _____ Urb. / Sector: _____

Dirección Habitación (Avenida / Calle / Carrera / Esquina / Mcpio. / Parroquia: _____

Prolongación / Vereda / Carretera): _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfonos: _____

E-mail: _____

Conj. Resd/Ctro.Com.: _____ Fax: _____ Celular: _____

Edf/Casa/Qta/Galpón: _____ Piso: _____ ¿Domiciliación de Pago? ☐ Sí ☐ No

¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No Promedio diario _____

¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No Promedio diario _____

Cuestionario

¿Usted tiene o está contratando póliza de Vida en ésta u otra Compañía? ☐ Sí ☐ No

Sí, indique Compañía: _____

No. Póliza: _____ Monto del Seguro: _____



Seguros Caracas
de Liberty Mutual®

¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica? ☐ Sí ☐ No
 ¿Tiene prevista alguna? ☐ Sí ☐ No
 ¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria, crónica o defecto? ☐ Sí ☐ No
 Según su más leal saber o entender ¿Padece actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? ☐ Sí ☐ No
 En caso de ser del sexo femenino ¿Está usted en estado de gravidez? ☐ Sí ☐ No
 ¿Sigue usted actualmente cualquier tipo de medicación prescrita por su médico? ☐ Sí ☐ No
 ¿Le han practicado alguna transfusión de sangre? ☐ Sí ☐ No
 ¿Alguno de sus familiares han muerto o padecido de una enfermedad del corazón, cáncer, diabetes, mental, tuberculosis, renal o hipertensión? ☐ Sí ☐ No

Si son afirmativas las respuestas de las preguntas anteriores complete el
"CUESTIONARIO DE SALUD ANEXO A LA PRESENTE SOLICITUD"

Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Titular

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	% Participación

Importante

- Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta Solicitud, entre la fecha de la firma por el solicitante y la emisión y entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de esta Póliza debe ser participada a La Compañía inmediatamente. En tales casos, La Compañía se reserva el derecho de rechazar la Solicitud o anular el contrato, o de aplicar una tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que La Compañía formará del riesgo.
- Las declaraciones o informaciones contenidas en esta Solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre el Solicitante y La Compañía. El Contrato entra en vigor al haber obtenido el Solicitante el recibo correspondiente a la primera Prima pagada, firmado por un representante autorizado de La Compañía, pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.

Autorización y Declaración del Solicitante

- Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me han atendido clínicamente para dar información acerca de mis 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.
- Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera de la Póliza.
- 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.
- Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene 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 a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Productor(es)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____ Firma del Solicitante: _____

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL, C.A. Inscrita en Superintendencia de Seguros bajo el No. 13
 Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio No. 010460 de fecha 08 de octubre de 2001.