



LIBERTY ACCIDENTES INDIVIDUAL

I. Solicitante

Nombre y Apellidos / Razón Social: _____ Estado: _____ Ciudad: _____

Distrito: _____ Zona Postal: _____

C.I./ RIF.: V E J _____ Teléfonos: _____

Fecha de Nacimiento / Registro Compañía: ____ / ____ / ____ Dirección de Cobro: _____

Actividad Económica / Ocupación: _____

Sexo: F M Estado: _____ Ciudad: _____

Estado Civil: S C V D Otro: _____ Distrito: _____ Zona Postal: _____

Dirección de Habitación: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____

Dirección de E-mail: _____

II. Vigencia del Seguro

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

Moneda: Bs. US\$

Frecuencia de Pago: Anual Semestral Trimestral

III. Inscritos

| N° | Apellidos y Nombres | Fecha de Nac. | Cédula de Identidad | Peso Kg | Estatura | Sexo | Parentesco | Ocupación |
|---------|---------------------|---------------|---------------------|---------|----------|------|------------|-----------|
| Titular | | | | | | | | |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

IV. Sumas Aseguradas por Coberturas.

Beneficio Acumulativo: Si No

| Coberturas | Inscritos N° | | | | | | | |
|-------------------------|--------------|----|----|----|----|----|----|----|
| | Titular | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 |
| Muerte Accidental | | | | | | | | |
| Invalidez Permanente | | | | | | | | |
| Incapacidad Temporal | | | | | | | | |
| Gastos Médicos | | | | | | | | |
| Gastos de Entierro | | | | | | | | |
| Incapacidad Profesional | | | | | | | | |

Beneficiarios

| Apellidos y Nombres | C.I. | Parentesco | % Part. | Apellidos y Nombres | C.I. | Parentesco | % Part. |
|---------------------|------|------------|---------|---------------------|------|------------|---------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



Seguros Caracas
de Liberty Mutual

V. Cuestionario.

¿Trabaja usted por su cuenta? Sí No
En caso negativo, ¿Para quién trabaja? _____

Cargo que desempeña: _____
¿Qué tipo de actividades realiza? _____

Ingreso mensual aproximado: _____

Si se solicita Incapacidad Temporal para el cónyuge, Cuál es su ingreso mensual? _____

En su actividad laboral:

a) Utiliza maquinarias? Sí No, de ser afirmativo, describa
¿Cuáles maquinarias? _____

Frecuencia de uso: _____

b) ¿Utiliza Alto Voltaje? Sí No

c) ¿Manipula explosivos o preparados químicos? Sí No
en caso afirmativo, detalle cuales: _____

Con qué fin: _____

Frecuencia de uso: _____

d) ¿Maneja vehículos? Sí, No indique cuáles: _____

Frecuencia de uso: _____

e) ¿Utiliza embarcaciones? Sí, No ¿qué tipo? _____

Con qué fin: _____

Frecuencia de uso: _____

f) ¿Tripula Aeronaves? Sí No; ¿qué tipo? _____

N° de licencia: _____ Hora de vuelo: _____

¿Usted y los inscritos gozan de buena salud y no padecen ninguna enfermedad? Sí No; en caso negativo, detalle. _____

¿Ha sufrido usted o cualquier inscrito algún accidente? Sí No
En caso afirmativo, detalle: ¿quién, duración y consecuencias? _____

¿Tiene usted o alguno de los inscritos algún defecto físico?
 Sí No, en caso afirmativo indique: la persona y detalle el defecto que tiene: _____

¿Qué deportes practican los inscritos? _____

¿Alguno de ellos practica deportes como profesional? Sí No
en caso afirmativo, Indique: ¿quién y cuál deporte? _____

¿Usted o algún inscrito tiene o está contratando Póliza de Vida Accidentes u Hospitalización con esta u otra Compañía? Sí No
en caso afirmativo detalle N° de la Póliza: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Monto del seguro: _____ ¿le han rechazado alguna Póliza? Sí No, en caso afirmativo, detalle las razones: _____

VI. Productor(es)

| Nombres | Código | % Participación | Firma |
|---------|--------|-----------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTA: El contrato de seguros solicitado comienza su validez una vez expedida por La Compañía La Póliza respectiva y sea pagada a ella la prima correspondiente al primer período del seguro, mediante recibo emitido por La Compañía.

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo 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.

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

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL, C.A. Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el No. 13
Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 01775 de fecha 23 de Febrero de 2000