

Solicitud de Seguros **Accidentes Personales**

FE	СНА	

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE Y DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO

MOVIM	I ENTO: EMISIÓN	MODIFICACIÓN	PĆ	OLIZA: INDIVIDUAL (OLECTIV	0 MO	NEDA:	BOLÍVA	AR	DIVISA				
				DA	TOS DE	L TOM	ADOR							
Si el solicitante es Persona Natural (indique los datos solicitados)														
	do(s) y Nombre(s)							Documento				ación	N° R.I.F	= .
Lugar d	ar de Nacimiento Fecha					Fecha de	a de Nacimiento Estado Civil				Sexo			
Direcció	ción de Habitación				Es	Estado				Municipio/Parroquia				
Teléfon	o de Habitación	Teléfono Móvil	Со	rreo electrónico			Otro C	Correo	electr	ónico		Ingreso	anual Bs.	
Activida	ıd Económica						Profesió	n			Ocupación			
☐ Dep	endiente 🔲 Inde	pendiente 🗌 Societ	aria	Ramo										
Nombre	e de la Empresa (vi	nculada a la descripció	n de I	a Actividad Económica)	Domic	ilio Labo	Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica) Teléfono C					o Oficina		
Si el sol	icitante es Person	a Jurídica (indique l	os da	atos solicitados)										
Nombre	e o Razón Social de	e la Empresa		Nombre del Registro N	/lercanti	I	N° Tomo Fecha			Fecha de Con	Constitución N° R.I.F.			
Direcció	on de la Empresa					Es	tado				Municipio/Parroquia			
Objeto :	Social			Actividad Económ		.: 🗖 .		7 0.	5			Tel	éfono de l	a Empresa
				Profesional	1	lad del e		Otr						
Capital	Suscrito y Pagado	Patrimonio (seg	ún últ	timo estado de resultados)			or (cuando ap	olique)	Pro	oductos/ Servici	os que ofr	ece		
Apellido	o(s) y Nombre(s) d	el Representante Le	gal									C.I. / P	asaporte	
Direcció	n de Habitación				Со	rreo ele	electrónico Te					Teléfono		
				DATOS DEL PRO	DIJEST	O ASE	SLIBADO	TITLU	IAR					
Anallida	o(s) y Nombre(s)			DATOS DEL FIXO	JF OLS I	O ASE	JONADO	1110	LAIN	Documento d	la Idantific	ación	N° R.I.F	<u> </u>
Apelliac)(3) y (VOITIBLE(3)									Documento	ie identini	acion	IN IX.I.I	•
Lugar de Nacimiento Fe			Fecha d	na de Nacimiento Estado Civil S C D				Sexo Sexo M						
Habitac	ión					Esta	Estado				Municipio/Parroquia			
Teléfon	o de Habitación	Teléfono Móvil	Со	rreo electrónico			Otro Correo electrónico				Ingreso promedio anual Bs.			
	d Económica						Profesión				Ocupación			
		pendiente Societ nculada a la descripció		Ramo a Actividad Económica)	Domic	ilio Labo	ral (domici	lio don	nde se d	esarrolla su activi	idad econón	nica)	Teléfond	Oficina
				INFORMACIÓN D	F GRLU	PO EAM	III IAR A	ASEGI	URΔR					
Nro.	Parentesco	Nomh	res	y Apellidos		ıla de Id			exo	Fecha de Na	cimiento		Peso	Estatura
1	Titular	Nome	i es y	y Apelliuos	Ceuu	iia ue iu	iiiiuau	30	CAU	recita de iva	deminerito		Kg	m
2													Kg	m
3													Kg	m
4													Kg	m
5										1			Kg	m
6													Kg	m
						BEN				D DE FALLECI		DEL AS		
Nro.		Nombre	s y A	pellidos			Cédula d	e Iden	itidad	Par	entesco		% de Pa	rticipación
2														% %
_				CORFE	RTURAS	S A COA	ITRATAR							,,
Cobert	ıra Básica			CODE			uma Aseg	urada						
	erte Accidental													
Inva	lidez Permanente													
			blig	ado a contratar las cobe	rturas a	ıquí seña	aladas							
_=	pacidad Temporal													
	tos Médicos y de F													
∟ ∟ Gasi	tos por Servicios F	unerarios												

Colection Rechtringida SI to	Cobe	erturas Especiales											
Cobertor sets/ringido Si No		•											
Secretario Sec			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			_							
Literopante			_										
Against de las personas a ser asegurada ental polya national en un extensiva de la participación alguna entermedad do la sido notificada de su exectoria?						A ASE							
Le has pradecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia? 2. Alguna de las personas a ser aseguradas ha surficia digina codente? 3. [Alguna de las personas a ser aseguradas finer alguni impedimento, defecto o s No 4. controlladas? Indique la carridad y frecuencia 5. Alguna de las personas a ser aseguradas ingere drogas no controlladas? Indique la carridad y frecuencia 6. Alguna de las personas a ser aseguradas mellere drogas no controlladas? Indique la carridad y frecuencia 7. Alguna de las personas a ser asegurada inservicia de la carridad servicia de la carridad y frecuencia 8. Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o quimicos? Detalle 8. Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o quimicos? Detalle 8. Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o quimicos? Detalle 8. Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o quimicos? Detalle 9. Alguna de las personas a ser aseguradas manipula explosivos o quimicos? Detalle 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia 9. Alguna de las personas a ser aseguradas personales productivas de la cualez y un frecuencia de la persona personales productivas de la cualez y un frecuencia de la cualez y un frecuencia de la persona personales productivas de la cualez y un frecuencia de la cual									diagnóstico,				
3. Alguma de las personas a ser aseguradas intere alejan importanto, defector o por controlladar. Indique la carticida y finciencia. 4. Controlladar. Indique la carticida y finciencia. 5. Alguma de las personas a ser asegurada in indique de carticidad y finciencia. 6. Alguma de las personas a ser asegurada indique colles indique la actividad controlladar. Indique la persona a ser asegurada indique colles	1.								·				
Apligna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la schridad Si No	2.		9		☐ Sí [☐ No							
Applied to personas a ser aseguradas ingiere bebidas alchólicas no S No	3.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene algún impedimento, defecto o											
Section Sect	4.	¿Alguna de las personas a ser a		alcohólicas no	☐ Sí [No							
Continued descembeña Continued descented as personas a ser assegurada en sua actividades utiliza al tovoltaje? Signa S	5.	¿Alguna de las personas a ser asegura		ladas? Indique la	☐ Sí [No							
Signate de las personas a ser asegurada en sus actividades utiliza al tovotaje? Signate de las personas a ser asegurada utiliza maquinaria; plantique cuáles y si son Signatura de las personas a ser asegurada practica deportes? Indique cuáles y si son Signatura de las personas a ser asegurada practica deportes? Indique cuáles y si son Signatura de las personas a ser aseguradas practica deportes? Indique cuáles y si son Signatura de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en ora solitica de Seguros cando a como profesional Adjuna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en ora solitica de Seguros cando a cando de las personas a ser asegurados se encuentra amparada por alguna política de Accidentes Personales; Plontique empresa aseguradora y montro de Seguros candoras personas es encuentra amparada por alguna política de Accidentes Personales; Plontique empresa aseguradora y capital asegurado de Accidentes Personales; Plontique empresa aseguradora y capital asegurado de Accidentes Personales; Plontique empresa aseguradora y capital asegurado en Considera de Seguros C.A., a que efectue los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mentionadas: signatura de Considera de Seguros C.A., para el asegurado titular de la politica. La visión de Considera de Seguros C.A., para el asegurado titular de la politica. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIP) y/o el número de cúdula o pasaporte no coincida con los registrados en Océnica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la politica. Signatora de Considera de Seguros C.A., para el asegurado titular de la politica. Signatora de cuenta Corriente Condiciones 1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIP) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Océnica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la cent	6.		ada trabaja por su cuenta? Ind	dique la actividad	☐ Sí [No							
Simple S	7.	¿Alguna de las personas a ser asegura			☐ Sí	No							
9. ¿Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o químicos? Detalle 5 No 10. ¿Alguna de las personas a ser asegurada practica deportes? Indique cuáise y si son 5 No 11. Śagura de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitude 5 No 12. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitude 5 No 13. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 14. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 15. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 16. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 17. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada por alguna politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en curentra amparada politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en asegurados no curentra amparada politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en asegurados no curentra amparada politude 5 No 18. ¿Alguna de las personas a ser aseguradas en asegurados en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la personas en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la persona en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la personas en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la personas en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la personas en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la personas en acutentra politude 5 No 18. ¿Alguna de la personas en acutentra politude 5 No	8.		egurada utiliza maquinaria?	? Indique cuáles	☐ Sí [☐ No							
10. Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de comporterisional Seguros Centrolisto Seguro	9.	¿Alguna de las personas a ser asegui	rada manipula explosivos o c	uímicos? Detalle	☐ Sí [☐ No							
Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros CA excidentes Personales y o Vida Vindique empresa aseguradora y molitar Seguros de Accidentes Personales y o Vida Vindique empresa aseguradora y explatia asegurado Si No	10.	¿Alguna de las personas a ser asegur	ada practica deportes? Indiqu	ue cuáles y si son	□sí	По							
2. Zeiguno de las personas a ser asegurados se encuentra amparada por aiguna pólita Segurado		¿Alguna de las personas a ser asegu											
Apellidos y Nombres Código % Participación Firma		¿Alguna de las personas a ser asegura	adas se encuentra amparada	por alguna póliza									
Apellidos y Nombres Código % Participación Firma		de Accidentes Personales? Indique er					PADORA						
Adutoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos am i favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas: si horiza de Cuenta Bancaria Asegurado Titular Número de Cuenta Corriente Nombre de Lucturán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza. Sel alsegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. Sel alsegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. Sel portugar de la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. Portugar de la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES You proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni dismulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el risego a asegurar. Portugar de la seguro de la seguro es la base para apreciar el risego y fija ira la prima de seguro respondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nullidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Conveneo que el seuro aou director de visica de seguros, C.A. esta portica de la misma. As mismo, convengo en someterme	Apel	lidos y Nombres	INTERIVIEDIARIO	`					Firma				
Autoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas: Si		•					•						
Autoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas: Si			DACO DOD TO	ANGEEDENGIA	CLIENT	A DAA	ICA DIA						
por las instituciones financieras y las abajo mencionadas: Si No Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular Número de Cuenta Corriente Nombre del Banco Condiciones 1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza. 2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta à Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. 3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria. 4. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones. **DECLARACIONES** Y/O AUTORIZACIONES** PECLARACIONES** YO que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Convenso que el seuro aou uni oroquesto entrará en viencina en la fecha orevista. siemore ou esta solicitud en amisma. Convenso que el seuro aou uni oroquesto entrará en viencina en la fecha orevista. siemore ou esta abiculto de misma. Convenso que el seuro va cuiva en la vere de profesional ve todos los médicos en tentuciones hospitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. v relevo a todos elos del abilisación de euadrá el s	Autغ	oriza a Oceánica de Seguros C.A., a que						mente las condi	ciones de pag	o establecidas			
Número de Cuenta Corriente Condiciones 1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza. 2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. 3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria. 4. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones. POECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES Yo , el Propuesto Asegurado, declaro que he leido cuidados a y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. Esta solicitud forma parte del contrató de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la poliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Conveneo que el securo acul propuesto entrará en viencia en la fecha prevista, siembre que esta solicitud sea accetada bor Oceánica de Securos. C.A. vautorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instruciones hostidarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. V relevo a todos ellos consultas médicior relacionada con mie estado el des Seguros. C.A., estime conveniente a los fines de verificaci	por l	as instituciones financieras y las abajo					- , ,						
Condiciones 1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza. 2. Si el asegurado titular de ciede cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. 2. Las transferencias realizadas que resubita la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. 2. Las transferencias realizadas que resubita la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria. 3. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de abnoros, ni de pensiones. 2. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de abnoros, ni de pensiones. 2. PECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES Yo el Propuesto Asegurado, declaro que he leído cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. 2. Convenso que el securo acui prouestos enterrará en visencia en la fecta nerveixa siemere a ue esta solicitud se acceptada por Oceánica de Securos. C.A. vautorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hosbitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. V relevo a todos ellos de la oblialización de sudradar el secreto profesional y de toda resonosaldada que o ueda derivarse de tale								Nomh	re del Banco				
1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros CA., para el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. 3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria. 4. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de abnoros, ni de pensiones. 5. DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES VO perposer o severdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. 5. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la golizia podría ser objeto de nuilidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. 5. Convenzo que el seuro acuó propuesto entrará en vivencia en la fecha orevista. siembre que esta solicitud sea acentada our Oceánica de Seguros C.A. vautorizo a lesta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mie estado de salud a dodos los médico instituciones hospitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. V relevo a todos ellos de la oblización de auardar el secreto orofesional v de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. Así mismo, convenengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de la prima, provie													
Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias co pagos. Las transferencias resulten en rechazos por parte de banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones. **DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES** DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES** Vo , el Propuesto Asegurado, declaro que he leido cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Corvenzo que el seeuro aoui propuesto entrará en vicencia en la fecha prevista. siempre que esta solicitud sea acentada our Oceánica de Seguros o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Corvenzo que el seuro aoui propuesto entrará en vicencia en la fecha prevista. siempre que esta solicitud sea acentada our Oceánica de Seguros esta empresa a solicitar cualqualer información relacionada con mi estado de salud a dodos los médicos instituciones bossibilarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. V relevo a todos ellos de la oblización de euardar el secreto profesional v de todos los médicos instituciones			casas danda al Bagistro da In	formación Fiscal	DIE) v/o	ol púp	noro do códula o na	canorto no coin	cida con los	rogistrados on			
Propuesto Asegurado, declaro que he leído cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Convenzo que el seguro aquí propuesto entrará en vizencia en la fecha prevista. siembre que esta solicitud sea aceptada por Oceánica de Seguros. C.A. v autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. V relevo a todos ellos de la oblicación de euardar el secreto profesional ve de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. Así mismo. convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud. Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica. información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos. **PECLARACIÓN JURADA** Yo, titular de la cédula de identidad N¹ en mi carácter de Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana. Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la	Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza. 2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos. 3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.												
que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros C.A. sobre el riesgo a asegurar. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Convenzo que el seuro acuí proveusto entrará en vizencia en la fecha prevista. Siempre que esta solicitud sea aceadad por Oceánica de Seguros. C.A. v autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro, v relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional v de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. Así mismo, convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud. Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica, información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos. DECLARACIÓN JURADA Yo, , titular de la cédula de identidad N° en mi carácter de Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tiplificadas en la legislación venezolana. Lugar: Fecha: de de FIRMAS DE CONFORMIDAD Firma Propuesto Asegurado Titular HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F.	Vο							ontenido de es	ta solicitud: l	a información			
Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma. Convenso que el seguro acui oroquesto entrará en vieencia en la fecha prevista, siemore que esta solicitud sea aceotada por Oceánica de Seguros. C.A. v autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o me asistan en el futuro, v relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional v de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. Así mismo, convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud. Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica, información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos. **DECLARACIÓN JURADA** Yo, para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana. **Lugar:** Fecha: de de** FIRMAS DE CONFORMIDAD** Firma Tomador** Firma Propuesto Asegurado Titular* HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social** Observaciones	que												
Convenzo que el seguró a oúr probuesto entrará en vizencia en la fecha prevista. Siempre que esta solicitud sea acectada por Oceánica de Seguros. C.A. v autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro. v relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. Así mismo, convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud. Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica, información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos. **DECLARACIÓN JURADA** Yo, **, titular de la cédula de identidad N° ** en mi carácter de Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana. **Lugar:** Fecha: de de **FIRMAS DE CONFORMIDAD** **Nombre y Apellido** **CI./Nro.Pasaporte/R.I.F.* **Nombre y Apellido** **CI./Nro.Pasaporte/R.I.F.* **Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. **C.N.E.** Seguro Social** **Observaciones**	Esta	Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas,											
estado de salud. Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica. información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos. DECLARACIÓN JURADA	Convengo que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia en la fecha prevista, siempre que esta solicitud sea aceptada por Oceánica de Seguros. C.A. v autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me havan asistido o me asistan en el futuro, v relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional v de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.												
Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos. DECLARACIÓN JURADA	estado de salud.												
Yo, para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana. Lugar: Fecha: de de FIRMAS DE CONFORMIDAD Firma Tomador Firma Tomador Firma Propuesto Asegurado Titular HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social Observaciones	Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos.												
para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana. Lugar: Fecha: de de FIRMAS DE CONFORMIDAD Firma Tomador Firma Propuesto Asegurado Titular HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social Observaciones													
Lugar: Fecha: de de FIRMAS DE CONFORMIDAD Firma Tomador Firma Tomador HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser Ilenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social Observaciones	para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de												
Firma Tomador HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Firma Propuesto Asegurado Titular HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte C.I. /Nro.Pasaporte Observaciones								Fecha:	de	de			
HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte C.I. /Nro.Pasaporte Observaciones		Firma Tomador	FIR				\cogurado Titular						
Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte C.I. /Nro.Pasaporte Observaciones		Fillia Tolliadoi	LILIELLA DACTILAD		на гтор	uesto A	segurado ritulai		IIIEII A DACT	TILAD			
Nombre y Apellido C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social Observaciones			N SU										
C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F. Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante. C.N.E. Seguro Social Observaciones		Nombre y Apellido DEFECTO EL IZQUIERDO) Nombre v Ap						DEFECTO EL IZOUJERDO)					
C.N.E. Seguro Social Observaciones		C.I. /Nro.Pasaporte/R.I.F.			C.I. /Nı	ro.Pasa	porte						
	_			rificación de la inf		_	•	por el solicitar	ite.				
	C.IV.I		Jegui U Juliai				1103		Fecha				