

En base a la información suministrada a continuación, la Empresa de Seguros debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.					
DATOS DEL TOMADOR					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
2do. Nombre		C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad:	
Tipo de Persona:		Estado civil:		Sexo:	
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
F/Nacimiento: dd/mm/aaaa		Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		Ingreso anual Bs.:	
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>	
Carga/Descripción de actividad		Dirección de Habitación:		Casa:	
Edificio:		Apto.:		Piso:	
Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:	
Ciudad:		Parroquia:		Municipio:	
Estado:		Cod. Postal:		Teléfono Hab: ()	
Celular: ()		Correo Electronico:		Dirección de Oficina:	
Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:	
Ciudad:		Parroquia:		Municipio:	
Estado:		Cod. Postal:		Teléfono: ()	
Fax: ()		Correo Electronico:		En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:	
Razón Social:		Nombre Comercial:		N° de Registro Mercantil:	
F/Registro:		En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Representante:		1er. Apellido	
2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad:		Sexo:	
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: dd/mm/aaaa	
Estado civil:		Ingreso anual Bs.:		Profesión:	
S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Carga/Descripción de actividad		Oficio u Ocupación:	
Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Dirección de Oficina:		Casa:	
Edificio:		Apto./Oficina:		Piso:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
Correo Electronico:		DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR		1er. Apellido	
2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad:		Estado civil:	
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: dd/mm/aaaa	
Sexo:		Profesión:		Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Ingreso anual Bs.:		Oficio u Ocupación:	
Carga/Descripción de actividad		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Dirección de Habitación:	
Edificio:		Apto.:		Piso:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono Hab: ()		Celular: ()	
Correo Electronico:		Dirección de Oficina:		Casa:	
Edificio:		Apto./Oficina:		Piso:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
Correo Electronico:		DIRECCIÓN DE COBRO		Casa:	
Edificio:		Apto./Oficina:		Piso:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
Correo Electronico:		DATOS PARA TRANSFERENCIAS EN CASOS DE PAGOS DE REEMBOLSOS		Yo, _____ C.I. _____ Autorizo a C.A. De Seguros La Internacional a realizar depósitos en la cuenta bancaria N° _____ Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> a nombre de _____ C.I. _____ del banco _____ el importe correspondiente al pago de cualquier siniestro indemnizable.	

