SEGUROS VENEZUELA

Fecha de Solicitud:

# PLANILLA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL ASEGURADO

## Datos del Asegurado Titular

| | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | |
| Primer Nombre: | | Segundo Nombre: | |
| C.I. / Pasaporte / RIF: ☐ V ☐ E ☐ P ☐ J | | Sexo: ☐ M ☐ F | |
| Estado Civil: S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ O ☐ | | Nacionalidad: | |
| Tipo de Póliza: | Número de Póliza: | Fecha de Emisión de Póliza: | |
| Dirección de Habitación: | | | |
| Estado: | Ciudad: | Municipio: | Parroquia: |
| Urbanización: | Avenida: | Calle: | |
| Zona Postal: | Tipo de Vivienda: | Quinta: ☐ Casa: ☐ Torre: ☐ | Nombre de Residencia: |
| Nro Apto / Casa: | Tlf. Hab.: | Tlf. Celular: | Correo: |

## Datos del Tomador de la Póliza

Si el caso de reclamo es de un tomador de la Póliza

| | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | |
| Primer Nombre: | | Segundo Nombre: | |
| C.I. / Pasaporte / RIF: ☐ V ☐ E ☐ P ☐ J | | Sexo: ☐ M ☐ F | |
| Estado Civil: S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ O ☐ | | Nacionalidad: | |
| Lugar y Fecha de Nacimiento: | | | |

## Narración de los Hechos

Exponga de manera precisa y concisa los hechos

Firma del Titular | C.I. | Fecha | Firma del Defensor Asegurado