



**FORMULARIO REQUERIDO JUNTO A SU SOLICITUD DE SEGURO  
O RENOVACIÓN DE SU PÓLIZA DE VIDA O SALUD**

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Titular de Póliza: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

En lineamiento con las regulaciones y sanciones emitidas por los Estados Unidos de América con respecto al Gobierno de Venezuela y en el contexto de la pregunta siguiente, el término “*Gobierno de Venezuela*” incluye al Estado y a la República Bolivariana de Venezuela, cualquier subdivisión política, agencia o instrumentalidad de la misma, incluyendo el Banco Central de Venezuela y Petróleos de Venezuela, S.A. (PdVSA), cualquier persona o entidad controlada directa o indirectamente por alguna entidad del gobierno, y cualquier persona que haya actuado o pretendido actuar directa o indirectamente por o en nombre de cualquiera de los anteriores, incluso como miembro del régimen de Nicolás Maduro.

**PREGUNTA:** ¿El o los asegurados, su empleador o cualquiera de los dependientes o beneficiarios bajo la solicitud de seguro o póliza *actualmente* trabajan para el Gobierno de Venezuela o actúan directa o indirectamente para o proporcionan apoyo financiero, material o tecnológico al Gobierno de Venezuela o a cualquier funcionario que trabaja para, o representa al Gobierno de Venezuela o a cualquier entidad controlada por el Gobierno de Venezuela?

**RESPUESTA:** SI  NO

En caso afirmativo, por favor dar detalles completos sobre la naturaleza y el momento de la(s) relación(es) a continuación (adjuntar páginas adicionales según sea necesario):

---

---

---

---

---

Nombre Titular: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_