



**Pirámide**  
SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO  
ACCIDENTES PERSONALES

*Te lo hacemos fácil*

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE, BIEN SEA EN FORMA DIGITAL O EN LETRA DE IMPRENTA, LEGIBLE, SIN ENMIENDAS Y FIRMADA POR EL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

Fecha de solicitud  
/ /

Movimiento  
 Emisión     Modificación  
 Tipo de Póliza  
 Individual     Colectiva  
 Moneda  
 Bolívar     Divisa

**I. DATOS DEL TOMADOR**

**Si el Tomador es Persona Natural (indique los datos solicitados)**

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identidad		Nro. R.I.F.	
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento / /		Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> RH    Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección de Habitación			Estado		Municipio/Parroquia	
Teléfono de Habitación	Teléfono Celular	Correo Electrónico		Otro Correo Electrónico	Ingreso Promedio Actual Bs.	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria    Ramo			Profesión		Ocupación	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)			Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)		Teléfono Oficina	

**Si el Tomador es Persona Jurídica (indique los datos solicitados)**

Nombre o Razón Social de la Empresa		Nombre del Registro Mercantil	N°	Tomo	Fecha de Constitución / /	Nro. de R.I.F.
Dirección de la Empresa			Estado		Municipio/Parroquia	
Objeto Social		Actividad <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otro    Especifique				Teléfono de la Empresa
Capital Suscrito y Pagado	Patrimonio (según último estado de resultado)	Utilidad del ejercicio económico anterior (cuando aplique)		Productos/Servicios que ofrece		
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal					Documento de Identidad	
Dirección Representante Legal			Correo Electrónico		Teléfono	

**II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO**

**Si el Propuesto Asegurado es Persona Natural (indique los datos solicitados)**

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identidad		Nro. R.I.F.	
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento / /		Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> RH    Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Habitación			Estado		Municipio/Parroquia	
Teléfono de Habitación	Teléfono Celular	Correo Electrónico		Otro Correo Electrónico	Ingreso Promedio Actual Bs.	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria    Ramo			Profesión		Ocupación	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)			Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)		Teléfono Oficina	

**III. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A INCLUIR EN EL SEGURO ACCIDENTES PERSONALES**

Nro.	Parentesco	Apellido(s) y Nombre(s)	C. I.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (Mts.)
1.-	Titular			/ /		, Kg	. m
2.-	Parentesco			/ /		, Kg	. m
3.-	Parentesco			/ /		, Kg	. m
4.-	Parentesco			/ /		, Kg	. m
5.-	Parentesco			/ /		, Kg	. m

**IV. BENEFICIARIOS EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido(s) y Nombre(s)	C. I.	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Suma Asegurada (%)
		/ /	Parentesco	
		/ /	Parentesco	

**V. COBERTURAS A CONTRATAR**

COBERTURAS BASICA	Suma Asegurada
MUERTE ACCIDENTAL <input type="checkbox"/>	
INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/>	

COBERTURAS OPCIONALES (El tomador no está obligado a contratarla)		Suma Asegurada	Deducible
INCAPACIDAD TEMPORAL	<input type="checkbox"/>		
GASTOS MÉDICOS Y DE FARMACIA	<input type="checkbox"/>		
GASTOS POR SERVICIOS FUNERARIOS	<input type="checkbox"/>		
COBERTURAS ESPECIALES			
DOBLE INDEMNIZACIÓN	<input type="checkbox"/>		
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO CONJUNTO	<input type="checkbox"/>		
COBERTURA RESTRINGIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Accidente solo en horas laborales <input type="checkbox"/>	Accidentes durante la vida privada <input type="checkbox"/>
Frecuencia de Pago de la Prima <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral			

#### VI. CUESTIONARIO DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Interrogantes		Asegurado Afectado	Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o Diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)
1.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas está bajo tratamiento médico, padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene algún impedimento, defecto o deformación física? Indique cuál	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6.-	¿Alguna de las personas a ser asegurada trabaja por su cuenta? Indique la actividad que desempeña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7.-	¿Alguna de las personas a ser asegurada en sus actividades utiliza alto voltaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8.-	¿Alguna de las personas a ser asegurada utiliza maquinarias? Indique cuales maquinarias y su frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9.-	¿Alguna de las personas a ser asegurada manipula explosivos o químicos? Detalle cuáles y su frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10.-	¿Alguna de las personas a ser asegurada practica deportes? Indique cuáles y si son como profesional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros de Accidentes Personales y/o Vida? Indique empresa aseguradora y motivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12.-	¿Alguna de las personas a ser aseguradas se encuentra amparada por alguna póliza de Accidentes Personales? Indique empresa aseguradora y capital asegurado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

#### VII. INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

#### VIII. AUTORIZACIONES

##### Pago por Transferencia a Cuenta Bancaria

¿Autoriza a Seguros Pirámide, 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 mencionada?  Sí  No

##### Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular

Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Nombre del Banco
<input type="checkbox"/> Corriente		

##### Condiciones

- No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (R.I.F.) y/o número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Seguros Pirámide, C.A., para el asegurado titular de la póliza.
- 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 Seguros Pirámide C.A., a la cual se efectuarán sus abonos.
- 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.
- No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorro, ni de pensiones.

#### IX. DECLARACIÓN JURADA

YO, \_\_\_\_\_, COMO PROPUESTO ASEGURADO, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO QUE HE LEÍDO CUIDADOSA Y TOTALMENTE TODAS LAS PREGUNTAS CONSIGNADAS EN EL PRESENTE INTERROGATORIO Y QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS, AMPLIAS, COMPLETAS Y EXACTAS. QUE NO HE OMITIDO NI DISIMULADO NINGÚN HECHO O CIRCUNSTANCIAS EN DICHAS CONTESTACIONES QUE PUEDAN MODIFICAR LA OPINIÓN DEL ASEGURADOR SOBRE EL RIESGO A ASUMIR POR EL SEGURO SOLICITADO. CONOCER EL PLAN DE SEGURO ESCOGIDO Y ACEPTO QUE LA RESPONSABILIDAD DE SEGUROS PIRÁMIDE C.A. COMIENZA DESPUES DE HABERSE EMITIDO EL RESPECTIVO CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA Y PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE EN LA FECHA DE SU EXIGIBILIDAD Y AUTORIZO A ESTA EMPRESA DE SEGUROS 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, Y RELEVO A TODOS ELLOS DE LA OBLIGACIÓN DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL Y DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUEDA DERIVARSE DE TALES INFORMACIONES.

YO, \_\_\_\_\_, TITULAR DE LA C.I. N° \_\_\_\_\_, EN MI CARÁCTER DE TOMADOR DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, QUE LA INFORMACIÓN QUE DOY EN ESTE DOCUMENTO ES VERÍDICA, QUE NO HE PRESUMIDO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, Y QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA 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, ACCIONES O HECHOS ILÍCITOS CONTEMPLADAS EN LAS LEYES VENEZOLANAS VIGENTES EN RELACIÓN A ESTA MATERIA.

FECHADO EN \_\_\_\_\_ EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TOMADOR	HUELLA DACTILAR DEL TOMADOR	FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO	HUELLA DACTILAR DEL ASEGURADO
C.I.:		C.I.:	

Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de la verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante.

C.N.E.	Seguro Social	Observaciones	Lugar	Fecha
				/ /