



Pirámide
SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO
POLIZA DE GASTOS FUNERARIOS

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 <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Modificación	Tipo de Póliza <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	Moneda <input type="checkbox"/> Bolívar <input type="checkbox"/> Divisa	Vigencia Desde / / Hasta / /	Sucursal
--	--	--	------------------------------------	----------

I. DATOS DEL TOMADOR

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

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identidad	N° R.I.F.	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento / /	Nacionalidad	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	Edad
Dirección de Habitación			Estado	Ciudad	
Municipio	Parroquia	Teléfono Habitación	Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado	Cargo Desempeñado	Profesión	Ocupación	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> Bs. <input type="checkbox"/> USD	
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la actividad económica)		Cargo sobre el cual Contrata la Póliza:			

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

Nombre o Razón Social de la Empresa		Nombre del Registro Mercantil	N° Registro	N° Tomo	Fecha Constitución / /	N° R.I.F.
Dirección de la Empresa			Estado	Ciudad	Municipio	
Parroquia	Teléfono Principal	Teléfono Secundario	Correo Electrónico		Naturaleza de la Empresa <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Publica	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial	Productos / Servicios que ofrece		Utilidad Ejercicio Econ. Anterior	Patrimonio (último estado de resultados)		
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal		Cargo Desempeñado	Documento de Identidad	Nro. R.I.F.		
Dirección de Habitación			Estado	Ciudad		
Municipio	Parroquia	Teléfono Habitación	Teléfono Celular	Correo Electrónico		

Si la Dirección de Cobro es distinta a la de Habitación / Empresa (indique los datos solicitados)

Dirección de Cobro			Estado	Ciudad
Municipio	Parroquia	Teléfono Principal	Teléfono Secundario	Correo Electrónico

II. DATOS DEL PROPUESTO GRUPO FAMILIAR A INCLUIR EN EL SEGURO

N°	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
6	Parentesco			/ /		, Kg	. m

III. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

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

La sumatoria de los porcentajes de participación debe ser igual al 100%

IV. COBERTURAS A CONTRATAR

Coberturas <input type="checkbox"/> GASTOS FUNERARIOS	Suma Asegurada	Moneda <input type="checkbox"/> Bs. <input type="checkbox"/> USD
--	----------------	---

Frecuencia de Pago de la Prima

Anual

Semestral

Trimestral

Otra:

V. DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Interrogantes		Asegurado Afectado	Detalle su Respuesta
1	¿Se encuentra usted y su grupo familiar en buen estado de salud? En caso negativo, especifique: ¿quién? e indique la razón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2	¿Ha sufrido usted o alguna de las personas a incluir algún accidente? Especifique: ¿quién?, secuelas y tratamiento aplicado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3	¿Utiliza usted o alguna de las personas a incluir maquinaria pesada? Especifique: ¿quién?, ¿cuáles? y frecuencia de uso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4	¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir con electricidad de alta tensión o materiales inflamables y/o explosivos? Especifique: ¿quién? ¿con qué fin? y frecuencia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5	¿Trabaja usted o alguna de las personas a incluir encima de andamios, techo o edificios? Especifique: ¿quién?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir patinetas, motocicletas? Especifique: ¿quién y cuál?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7	¿Utiliza usted o alguna de las personas a incluir, embarcaciones? Especifique: ¿quién?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8	¿Maneja usted o alguna de las personas a incluir aeronaves? Especifique: ¿quién?, tipo y número de licencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9	En caso de ser mujer: ¿Está usted o alguna de las personas a incluir embarazada?, Especifique: ¿quién? y tiempo de gestación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10	¿Usted o alguna de las personas a incluir consume o ha consumido drogas que formen hábito? Especifique: ¿quién?, tipo, cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11	¿Usted o alguna de las personas a incluir ingiere bebidas alcohólicas, fuma o dejó de fumar? Especifique: ¿quién?, tipo, cantidad, frecuencia y/o tiempo transcurrido desde que dejó el hábito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12	¿Practica usted o alguna de las personas a incluir algún deporte o alguna actividad de alto riesgo? Especifique: ¿quién y cuál?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13	Por favor, indique si usted o alguno de los familiares a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:		
a	Asma, enfisema u otra afección del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
b	Tensión arterial alta, angina de pecho, várices, infarto del miocardio u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
c	Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis u otra afección del cerebro o del sistema nervioso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
d	Afecciones del estómago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice u otras de las vías digestivas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e	Trastornos endocrinos o tiroideos o de las glándulas mamarias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
f	Albúmina o sangre en la orina u otra afección de las vías urinarias (riñones, vejiga, próstata)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
g	Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
h	Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i	Defectos físicos, mutilación, invalidez física o trastornos del desarrollo psíquico y somático	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
j	Trastornos en la sangre, tumores, cáncer, SIDA, diabetes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
k	Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14	¿Alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco años, ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad? ¿quien? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

VI. AUTORIZACIONES

Pago por Transferencia a Cuenta Bancaria

Autorizo 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 mencionadas:

Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular

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

VII. INTERMEDIARIO(S) DE SEGUROS

Apellido(s) y Nombre(s)	C. I.	Fecha de Nacimiento	Firma

VIII. DECLARACIÓN JURADA

Yo, el **Tomador**, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.

Yo, el **Propuesto Asegurado**, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a Seguros Pirámide, C.A. para la emisión de la Póliza y el cobro de la prima.

FECHADO EN	EL	DE	DEL AÑO
FIRMA DEL TOMADOR	HUELLA DACTILAR DEL TOMADOR		FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO
C.I.:			C.I.: