



Pirámide
SEGUROS
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO PARA PÓLIZA
PIRÁMIDE HOGAR

Te lo hacemos fácil

Teléfonos		Email	
Actividad económica		Ingreso Promedio Anual	
DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENCIAL			
(Indique el tipo de persona: <input type="checkbox"/> Persona Natural o <input type="checkbox"/> Persona Jurídica)			
Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social		Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
Dirección			
Teléfono de habitación		Teléfono celular	
Email			
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO			
Si el Propuesto Asegurado es Persona Natural (Indique los datos solicitados)			
Apellido(s) y Nombre(s)		Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
Lugar y fecha de nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Dirección de habitación		
Teléfono habitación	Teléfono celular	Profesión u oficio	
Dirección de cobro (Solo si es distinta a la habitación)			
Ocupación <input type="checkbox"/> Trabajador dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador o profesional independiente <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Trabajador de Economía Popular			
Nombre de la empresa			
Actividad Económica que desempeña (o la empresa)			Cargo
Dirección			
Fecha de ingreso	Zona Postal	Antigüedad	Ingreso Anual
Teléfono(s)		Email	
Si el Propuesto Asegurado es Persona Jurídica (Indique los datos solicitados)			
Nombre o Razón Social de la empresa			Nº. de RIF



Pirámide
SEGUROS
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO PARA PÓLIZA
PIRÁMIDE HOGAR

Te lo hacemos fácil

Registro Mercantil N°. de Tomo y fecha de creación de la empresa	
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal	N°. Cédula de Identidad
Dirección	
Teléfono(s)	Email
Actividad económica	Ingreso Promedio Anual

BIENES POR ASEGURAR Y COBERTURAS

Bienes o Partidas Asegurables	Suma Asegurada
Edificación	
Contenido Residencial	
Objetos Valiosos o de Arte	

El solicitante solo está obligado a escoger la cobertura básica de esta póliza. Las Coberturas restantes son opcionales.

COBERTURAS SOLICITADAS

Coberturas		Suma Asegurada
Básica		
Incendio, Explosión o implosión, Impacto de aeronaves, drones, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos. El agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio, en los predios ocupados por el Asegurado o en los predios adyacentes. Humo y hollín, cualquiera sea su origen. Huracán, ventarrón, tempestad, tormentas. Impacto de rayo o relámpago que caigan directamente sobre los bienes asegurados. Impacto de vehículos terrestres. Motín, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales y Daños maliciosos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Daños por Agua	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil Familiar	<input type="checkbox"/>	

Coberturas		Suma Asegurada
Opcionales		
Robo, Asalto o Atraco	<input type="checkbox"/>	
Hurto	<input type="checkbox"/>	
Inundación y Deslave	<input type="checkbox"/>	
Terremoto o temblor de tierra	<input type="checkbox"/>	
Rotura de vidrios, cristales y espejos	<input type="checkbox"/>	



Pirámide
SEGUROS
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO PARA PÓLIZA
PIRÁMIDE HOGAR

Te lo hacemos fácil

PAGO DE PRIMA

De contado Financiada Fraccionada

¿Desea domiciliar el cobro de la póliza para este año de póliza? Sí No

Si su respuesta es "Afirmativa", seleccione la modalidad de fraccionamiento de prima:

Anual Semestral Trimestral Mensual

Apellido(s) y Nombre(s) (Titular de la cuenta)

Cédula de Identidad

Banco

Tipo de cta.

Nº. de cuenta

¿Desea que el cobro de la póliza para este año de póliza se efectúe por tarjeta de crédito?

Sí No

Si su respuesta es "Afirmativa", seleccione la modalidad de fraccionamiento de prima:

Anual Semestral Trimestral Mensual

Apellido(s) y Nombre(s) (Titular de la tarjeta)

Cédula de Identidad

Banco

Tipo

Fecha vcto.

Nº. de tarjeta

COMUNICACIONES

Autorizo a Seguros Pirámide C.A., a dar aviso o comunicación con respecto al contrato a ser celebrado a través de los siguientes medios electrónicos (SMS y/o correo electrónico). De igual manera me obligo a notificar por escrito al Asegurador en caso de cambio del número de teléfono o Email aquí indicado.

Número de Celular

Email

Fechado en _____ el _____ de _____ del año _____

Firma del Tomador	Huella dactilar	Firma del Propuesto Asegurado	Huella dactilar
C.I:		C.I:	

