



Solicitud de Seguro Funerarios

	N° Solicitud
	Emisión
Individual	Inclusión
Colectivo	Exclusión

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____ Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: <u> V E N°</u> R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: <u> F M</u> Estado Civil: <u> S C D V O</u>	
	Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: <u> Profesional Independiente Socio Empleado</u>	
	Dirección de Habitación: _____	
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____	
	Dirección de Oficina: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____		
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____		
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____		
Dirección de Cobro: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____		
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____		

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____	
	Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: <u> Privada Pública</u>	
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____	
	Actividad Económica: <u> Industrial Comercial Gubernamental Otra</u> Especifique: _____	
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____	
	Cédula / Pasaporte: <u> V E N°</u> R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
	Actividad Comercial: _____	
	Dirección de Oficina: _____	
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____		
Dirección de Cobro: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____		
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____		

Propuesto Asegurado:	Apellidos: _____ Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: <u> V E N°</u> R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: <u> F M</u> Estado Civil: <u> S C D V O</u>	
	Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: <u> Profesional Independiente Socio Empleado</u>	
	Dirección de Habitación: _____	
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____	
	Dirección de Oficina: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____		
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____		
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____		

Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago ↻	Anual	Semestral
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____		Trimestral	Mensual
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	

Coberturas Solicitadas

Básica: Gastos Funerarios

Suma Asegurada: _____

DEPENDIENTES (Personas a asegurar, además del Titular)

Código	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Ocupación	Parentesco	C.I.	Fecha Nacimiento

Declaración de Salud y Actividades

Sección	Reporte de Patologías y/o Enfermedades	Sí	No	Código
A	A su saber y entender, ¿Usted y las demás personas incluidas en esta Solicitud de Seguro gozan de buena salud?			
B	¿Alguna de las personas a ser incluidas consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana u otras) ?			
C	¿Alguna de las personas a ser incluidas tiene previsto someterse a un tratamiento médico o intervención quirúrgica? Indique: Tratamiento y/o Tipo de Intervención: _____			
D	¿Alguna de las personas a ser incluidas presenta Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida "Sida", Infección VIH, Enfermedades Tropicales, Hepatitis?			
E	¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud se encuentran hospitalizadas?			
F	¿Alguna de las personas incluidas Tripula Aeronaves? Indique: ¿Que tipo?: _____ Horas de Vuelo: _____ Licencia Nro.: _____			
G	¿Alguna de las personas incluidas practica algún Deporte? Indique: ¿Cuáles?: _____ ¿Con qué Frecuencia práctica?: _____			
H	Indique: ¿Usted y/o algún familiar a incluir en la póliza presenta alguna enfermedad?			
I	¿Alguna de las personas incluidas practica algún Deporte nivel Profesional? Indique: ¿Cuáles?: _____			
¿Mantiene usted o alguna de las personas que conforman el grupo por asegurar, en esta o en otra Empresa de Seguros, un seguro de Gastos Funerarios?				

En caso afirmativo indique:

Código	Nombre y Apellido	Suma Asegurada	Empresa de Seguro

¿En alguna oportunidad le ha sido negado o anulado a usted o cualesquiera de las personas que integran el grupo a asegurar un Seguro de Vida, Hospitalización, Cirugía, Maternidad, Accidentes Personales o Funerario?

En caso afirmativo indique:

Código	Nombre y Apellido	Tipo de Seguro	Nro. Póliza	Empresa de Seguro

Beneficiarios en caso de Muerte del Asegurado Titular

Apellidos y Nombre	Parentesco con el Asegurado Titular	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participación	Teléfono Contacto

Declaraciones y Autorizaciones

Yo, como propuesto Asegurado Titular declaro que:

1. Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
2. Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.
3. Tanto yo como las personas a incluir en esta Póliza nos encontramos en buen estado de salud y mi habilidad física o funcional y la de las personas a incluir no se encuentran reducidas, ni nos encontramos actualmente en tratamiento médico y tengo conocimiento de que hasta ahora no lo requerimos.
4. Ni yo ni las personas a incluir en esta póliza padecemos ni hemos padecido de: Cáncer, HIV-SIDA, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes, Enfermedad o Defectos congénitos, Cardiovasculares, Neurológicos, Psiquiátricos, Pulmonares u otras condiciones que afecten mi estado de salud actual.
5. En los últimos dos (2) años, ni yo ni las personas a incluir en esta póliza no hemos sido sometido, ni nos han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades como las enunciadas anteriormente o similares o de dolencias directamente relacionadas con ella, en forma causal o consecuencial.
6. No tenemos adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes ni psicotrópicas.
7. Mis actividades y ocupaciones así como el de las personas a incluir en esta póliza son lícitas y las ejercemos dentro de los marcos
8. No he omitido ni disimulado ningún hecho, ni circunstancia en las presentes declaraciones que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el seguro solicitado.

Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda (podamos) padecer, estado físico e historia clínica .

Apellidos y Nombres del Propuesto ASEGURADO TITULAR	N° Cédula del Propuesto ASEGURADO TITULAR	Firma del Propuesto ASEGURADO TITULAR	Huella	Pulgar del Propuesto ASEGURADO TITULAR
Fecha: ____ / ____ / ____				

Declaración del TOMADOR

Como 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 dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento, en la Actividad Aseguradora.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligada a entregar una copia a el Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas Por el Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	Huella Pulgar del Tomador
Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____

Intermediario de Seguro:

Fecha: ____ / ____ / ____