

SOLICITUD DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO FUNERARIO

Tipo de Recibo: Emisión Renovación Modificación Inclusión Exclusión

Sobre la base de la información solicitada en la presente planilla, la ASEGURADORA tomará la decisión de aceptar o no el riesgos, es por ello que esta Solicitud debe ser llenada en todas sus partes.

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres / Razón Social:		C.I. / R.I.F.:		Tipo de persona: Natural: <input type="checkbox"/> Jurídica: <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento:		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Peso (Kgr.):		Estatura (Mts.):	
Actividad(es) Deportiva(s):		Ingresos anuales Bs.:		Actividad económica: Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	
Profesión:		Ocupación:			

De ser una Persona jurídica indique los siguientes datos:

Nombre Comercial:		Siglas/Nombre Comercial:		Nº Registro de la Compañía:	
Fecha de Constitución:		Tomo Nº		Carácter bajo el cual contrata la Póliza:	

Dirección (De ser persona Jurídica, de la Compañía/De ser Persona Natural, de Habitación):

			Urbanización:		
Municipio:		Ciudad:		Estado:	
País:		Teléfonos:		Fax:	
Email:					

Dirección de Cobro:

			Urbanización:		
Municipio:		Ciudad:		Estado:	
País:		Teléfonos:		Fax:	
Email:					

DATOS DEL SEGURO

Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo			Nº de Cotización:		
Fecha de Solicitud		Vigencia del Seguro		Sucursal	
Desde: 12m		Hasta: 12m			
Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Inclusión (Colectivo)					
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otra:			Moneda: <input type="checkbox"/> Bs. <input type="checkbox"/> US \$		

PRODUCTOS(ES) DE SEGUROS

Código:	Nombre (s) y Apellido(s):	% de Participación

ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres/ Razón Social:		C.I. /RIF:		Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:
Profesión:			Ocupación:		
Peso (Kgr):	Estatura (Mts.):	Deporte que practica:			
Fecha de Ingreso en la Empresa:			Cargo:		

GRUPO A ASEGURAR

Nº 1	C.I.Nº:	Apellido(s) y Nombre(s):			Parentesco:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero		Fecha de Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Peso(Kgr.):	Estatura(Mts.):
Ocupación:			Actividad Deportiva:		
Nº 2	C.I.Nº:	Apellido(s) y Nombre(s):			Parentesco:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero		Fecha de Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Peso(Kgr.):	Estatura(Mts.):
Ocupación:			Actividad Deportiva:		
Nº 3	C.I.Nº:	Apellido(s) y Nombre(s):			Parentesco:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero		Fecha de Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Peso(Kgr.):	Estatura(Mts.):
Ocupación:			Actividad Deportiva:		
Nº 4	C.I.Nº:	Apellido(s) y Nombre(s):			Parentesco:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero		Fecha de Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Peso(Kgr.):	Estatura(Mts.):
Ocupación:			Actividad Deportiva:		
Nº 5	C.I.Nº:	Apellido(s) y Nombre(s):			Parentesco:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero		Fecha de Nacimiento:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Peso(Kgr.):	Estatura(Mts.):
Ocupación:			Actividad Deportiva:		

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:	Nº C.I. / RIF.:	Parentesco	Edad	Sexo	% Indemnización

COBERTURAS

Descripción	Plan	Suma Asegurada (Bs.)	Nota:
Gastos Funerarios			1. La cobertura de Gastos Funerarios es para todo el Grupo Familiar a Asegurar. 2. La Cobertura de Accidentes Personales es para: ASEGURADO Titular <input type="checkbox"/> Todo el Grupo Familiar <input type="checkbox"/>
Opcional:			
Accidentes Personales			
Muerte Accidental			
Invalidez Permanente			

DECLARACIÓN DE SALUD:

Ha padecido o sufre actualmente de:	SI	NO
1. Enfermedades de los Ojos, Nariz, Piel, Garganta y/u Oídos.		
2. Enfermedades pulmonares (Neumonía, Asma, Pleuritis, Bronquitis, Tuberculosis, Espustos de Sangre, otras).		
3. Enfermedades del corazón o del Sistema Circulatorio (Angina, Infarto, Hipertensión, Insuficiencia Cardíaca, Otras).		
4. Enfermedades Gastrointestinales (Estómago, Intestino, Hígado, Hepatitis, Diarrea Crónica, Vesícula, Úlcera, Gastritis, Páncreas, Evacuaciones con sangre, otras).		
5. Enfermedades Urogenitales (Riñones, Vejiga, Infección Urinaria, Cólicos Nefríticos, Próstata, Coloredas, Cistitis, Cólicos, otras).		
6. Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsias, Convulsiones, Depresiones, Tic, otras).		
7. Enfermedades de la Sangre, Anemia, Leucemia, Transfusiones de sangre en los últimos (10) años.		
8. Enfermedades Endocrinas y Metabólicas (Diabetes, Gota, Tiroides, Colesterol Alto, Triglicéridos Alto, otras).		
9. Enfermedades Reumáticas (Artritis, Dolor en Articulaciones, Huesos, Músculos, otras).		
10. Enfermedades Infecciosas, Parasitarias o de Transmisión Sexual.		
11. Fiebre Intermitente, Sudores Nocturnos, Escalofríos, Cáncer, Ganglios Linfáticos Inflamados.		
12. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida "Suda", Infección VIH, Enfermedades Tropicales, Hepatitis.		
13. Cualquier otra enfermedad no enunciada anteriormente.		
14. ¿Ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas?		

En caso de ser afirmativa(s) alguna(s) de las preguntas anteriores, indique: Nombre de la enfermedad, fecha, duración, tratamiento u operación, y médico tratante:

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Vivos		Muertos	
	Edad	Estado de Salud	Edad al Morir	Causa de la Muerte
Madre				
Padre				
Hermanos				
Otros				

PARA SER LLENADO POR LA ASEGURADORA

Datos de la Solicitud: Completa Incompleta Emisión autorizada por:

Recaudos adicionales solicitados:

Observaciones:

DECLARACIONES

Yo, TOMADOR Y/O ASEGURADO titular, declaro:

* Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la ASEGURADORA sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

Fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente Seguro, 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 a que se refiere el Artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas, conforme a lo dispuesto en el Título III Artículo 26 de las "Normas sobre la Prevención, Control y Fiscalización de las Operaciones de Seguro y Reaseguro para evitar la Legitimación de Capitales", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.065 Extraordinario de fecha 15 de Noviembre de 2004.

Del Productor:

* Yo, Productor de Seguros más abajo identificado del Seguro Solicitado, declaro que he leído todas las respuestas suministradas por el ASEGURADO y que la información dada es íntegra, Completa, clara y precisa.

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO DEL ASEGURADO

Autorizo a las Compañías o instituciones, para suministrar a la ASEGURADORA, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a la ASEGURADORA, a recabar cualquier información relacionada con el riesgo y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

Lugar, _____ Fecha: _____ de _____ de _____.

Por el TOMADOR

Por el PROPUESTO ASEGURADO

PRODUCTOR(ES) DE SEGUROS

Nombre(s) y Apellido(s):	Código N°:	% porcentaje de participación

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio N° 005249 de Fecha 03 de Julio de 2003