

Solicitud de Seguro Solidario Funerario

Datos del Propuesto Asegurado Titular – Tomador

Primer apellido: _____ Segundo apellido o de casada: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

C.I. / Pasaporte: _____

V E _____ Sexo: F M Edo. Civil: S C D V Otro: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Peso (kg): _____ Estatura (cm): _____ Deportes que practica: _____

Población asegurable (seleccionar sólo una): Jubilado(a) Pensionado(a) Discapacitado(a)

Adulto(a) mayor de 60 años Con enfermedad física Con enfermedad mental

Otro Especifique: _____

¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.? Sí No Indique Monto: _____

Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo): _____

Descripción de la actividad: Empleado Socio Independiente

Profesión: _____ Oficio u ocupación: _____

¿Realiza trabajos manuales? Si No Especifique: _____

Ingreso promedio anual esperado: _____

Dirección de habitación/Calle/Avenida: _____ Urbanización/Sector: _____ Casa/Edificio: _____

Piso: _____ Apto. N°: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono habitación: _____ Teléfono celular: _____
() ()

Dirección de correo electrónico personal: _____

Dirección de trabajo: _____ Ciudad: _____

Municipio: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono oficina: _____ FAX: _____
() ()

Dirección de correo electrónico laboral: _____

Si posee un contrato de seguros funerarios con otra empresa, responda lo siguiente: _____

Empresa	N° contrato	Monto de la cobertura	Deducible	Tipo de póliza		
				Individual	Colectiva	Solidaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa? Sí No

Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____

Dirección de cobro: Habitación Oficina Otra Especifique: _____

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar

Banco	N° de Tarjeta	Tipo de Tarjeta	
		Visa	Master
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos del Representante Legal (en caso que lo amerite)

Apellidos y nombres: _____ C.I. / Pasaporte: _____
V E

Dirección de habitación / Calle / Avenida: _____ Urbanización / Sector: _____

Casa/Edificio: _____ Piso: _____ Apto. N°: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de habitación: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de oficina: _____
() () ()

FAX: _____ Dirección de correo electrónico: _____
()

Dependientes a incluir en la Póliza

Nº	Apellidos y nombres	Sexo	C.I. / Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura (cm)	Peso (kg)	Profesión u ocupación
					dd	mm	aa				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Reporte de Patologías y Enfermedades

Indique si usted y/o algún familiar a incluir en la póliza presenta alguna enfermedad	
Apellidos y nombres	Enfermedad o patología

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado Titular

Nº	Apellidos y nombres	C.I. / Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento			% Participación
				dd	mm	aa	
1							
2							
3							
4							
5							
Total porcentaje de participación							100%(*)

(*) La sumatoria de los porcentajes de participación deben corresponder al 100% del porcentaje total, en caso contrario, éste será repartido proporcionalmente entre el número total de beneficiarios de la póliza. Si el Titular de la póliza desea efectuar modificaciones a los porcentajes de participación asignados, deberá especificar la nueva distribución en base a lo requerido para cada beneficiario.

Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, 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 CARACAS, C.A.**, para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **SEGUROS CARACAS C.A.**, para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados 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 derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____, a los ____ del mes de _____ de _____

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

El Tomador / El Solicitante

Firma:

C.I.:



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho/izquierdo)

El Representante Legal (en caso que lo amerite)

Firma:

C.I.:

Intermediario de Seguro

Firma



Código y Sello

Sólo para uso del Asegurador

Causas de rechazo de la Solicitud de Emisión de la Póliza		
Firma del representante de la empresa de seguros:	Sello:	Fecha:

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas bajo el No.13.