

Individual Colectivo

Fecha: ____ / ____ / ____

Datos del Solicitante / Tomador

Datos de Identificación: Persona Natural

Nro. Cl./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	País de origen:	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:	
1er. Nombre:	2do. Nombre:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de Nacimiento:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional	Especifique:		
Profesión:	Ocupación:		

Datos de Identificación: Persona Jurídica

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Nro. de RIF:	Nro. de NIT:
Denominación de la Razón Social:		
Siglas / Nombre Comercial:		
Fecha de Constitución:	Nro. de Registro:	Tomo Nro.:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Especifique:	

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.) Menor a 30.000,00 Igual o mayor a 30.000,00

Patrimonio (en Bs.) Menor a 100.000,00 Igual o mayor a 100.000,00

Dirección de Habitación: Persona Natural / Dirección de Empresa: Persona Jurídica

País:	Estado:	Ciudad:
Urbanización:	Av./ Calle /Transv.:	
CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:	Piso Nro. /Nivel:	Ofic./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:
		Fax: (Cód.) Nro.:
E-mail:		

Dirección de Cobro (especifique):

Cobertura Solicitada: **Servicio Funerario** Suma Asegurada:

Familiares a Incluir en la Póliza

Aseg. Nro.	Apellidos y Nombres	Parentesco	C.I. o Pasaporte Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Profesión u Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Beneficiarios				
Apellidos y Nombres	Parentesco	C.I. o Pasaporte Nro.	Sexo	% Participación

Declaración de Salud

1.- ¿Gozan ustedes de buena salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.- ¿Ha presentado un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?, indique: Fecha, Compañía y Causa: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.- ¿Práctica usted o alguno de sus familiares algún deporte o actividad peligrosa que atente contra su integridad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.- ¿Sufre o ha sufrido usted o alguna de las personas a asegurarse alguna de las siguientes enfermedades?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.- Hipertensión Arterial, Infarto al Miocardio, Cardiopatía Isquémica, Arritmia Cardíaca, Soplo en el Corazón, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Hiperlipidemia, Accidente Cerebro Vascular (ACV).	
b.- Afecciones Hepáticas, Alteración en los riñones, Vejiga o Próstata, Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos. Artrosis, Cáncer, Lupus, Enfermedad Bronco Pulmonar Obstructiva Crónica.	
c.- Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental o Trastorno Mental, Polineuropatías, Defecto físico, Anomalía o Enfermedad Congénita o Adquirida, Trastornos del Desarrollo Psíquico y Somático.	
d.- ¿Se ha realizado usted o algunas de las personas a asegurarse algún trasplante de órganos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si alguna de estas preguntas fue contestada afirmativamente identifique al Asegurado y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y documentos relacionados con el padecimiento declarado.

Declaración del Solicitante

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro (amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo(amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.

Lugar y Fecha de Declaración: _____, ____/____/____

Razón Social / Apellidos y Nombres:	Nro. de C.I./R.I.F.:	Firma Tomador:	Firma Asegurado Titular
-------------------------------------	----------------------	----------------	-------------------------

Intermediario

Apellidos y Nombres Intermediario:	Código:	% Participación:	Firma
------------------------------------	---------	------------------	-------

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 000517 de fecha 04/01/2006