



## SOLICITUD DE SEGUROS PARA GASTOS FUNERARIOS

### I. DATOS DE LA SOLICITUD

Póliza Numero:	Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	Suma Asegurada:
Sucursal:	Forma de pago:	Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	

### II. DATOS DEL TOMADOR

Nombres y Apellidos o Razón Social:		N° C.I., RIF. o Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J		Sexo:	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Edad:	F. de Nacimiento: / /	Lugar de Nacimiento:	Estado:	
Datos del Registro Mercantil: Tomo: Número: Fecha: / /		Nombre del Registro		Circunscripción Judicial	
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Oficio u Ocupación:	
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:		Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:			
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:			
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Correo ( E-mail)		Indicar dirección de cobro:		Habitación <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>

### III. REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA ( Cuando el Tomador es Persona Jurídica)

Nombres y Apellidos:		N° C.I. o N° Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Oficio u Ocupación:	
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:		Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:			
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:			
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Correo ( E-mail)		Indicar dirección de cobro:		Habitación <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR					
Nombres y Apellidos:			N° C.I o N° Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	F. de Nacimiento: / /	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo:	Lugar de Nacimiento:	Estado:	
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Ocupación u Oficio	
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:			Ingreso Mensual:	Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:		
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle: _____			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre: _____		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Dirección de Correo a(E-mail)	
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	Urbanización:		
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle: _____			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre: _____		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:		Celular N°	Zona Postal:
Dirección de Correo ( E-mail)			Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		

V. DATOS DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS						
	Nombre y Apellidos	Parentesco	F. de Nacimiento	Sexo	Cedula de Identidad	Beneficiario
T			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
1			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
2			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
3			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
4			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
5			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
6			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
7			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____
8			/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> % _____

VI. CUESTIONARIO PARA EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR		
Estatura:	Peso:	Ha perdido o ganado peso en el último año? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle: _____
Consumo bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____		Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde cuando no fuma?: N° de cigarrillos diarios: _____ Desde qué edad? :
Usa tranquilizantes o narcóticos?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique cantidad diaria:		Dentro de los últimos 5 años ha consultado y/o ha sido examinado, por un médico, o ha recibido atención médica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Se le ha practicado o se le recomendó que se practicara una intervención quirúrgica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ha estado en Hospital, clínica, sanatorio o casa de reposo para descanso, tratamiento, observación o diagnóstico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dentro de los últimos 5 años ha recibido transfusiones sanguíneas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dentro de los últimos 5 años, se le ha practicado exámenes especiales de diagnóstico o bien radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha tenido accidente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descríbalo: _____	

Ha tenido fracturas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De que?:	Fecha: / /
Consecuencias:	Nombre del medico:
Se considera usted sano? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> de no ser afirmativo detalle:	

**VII. DECLARACION DE SALUD**

Ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades?					
a) Enfermedades cardiacas, soplos, infartos?	Si	No	l) Molestias en la columna vertebral o en la espalda?	Si	No
b) Dolor en el pecho, angina, palpitaciones presión Arterial alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m) Mareos, desmayos, ataques, convulsiones, vértigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Enfermedades de las tiroides o de otras glándulas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) Parálisis o enfermedades del cerebro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Enfermedades de las venas o de las arterias aneurismas, flebitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) Enfermedad o defectos de los ojos o de los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Enfermedades pulmonares o dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) Artritis, reumatismo, neuritis, anemia o enfermedades de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemas de la vesícula, estómago o intestinos? úlceras, diarreas frecuentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Anormalidad o deformidad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tumores, cáncer, leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) Anormalidad o enfermedad de tipo congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Diabetes o azúcar en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Inflamación de los ganglios, fiebres repetidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Enfermedades de los riñones o vejiga, infecciones de la orina, cólicos nefríticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) Enfermedades de la piel, enfermedades venéreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Hepatitis, ictericia o enfermedades del hígado o del páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u) Infecciones Frecuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			v) Afecciones de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Enfermedades nerviosas o mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w) Alteraciones en la menstruación o enfermedades propias de las mujeres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIII. DATOS DE DOMICILIACION**

<b>En caso de pago por alguna de sus tarjetas o cuentas señale con cual autoriza el pago y su renovaciones futuras:</b>		
Banco:	Nro. Cuenta:	Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Tipo de Tarjeta: American <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/>		Fecha Vencimiento: / /
Código:		Nº Tarjeta:

**IX. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS**

Yo, el tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, etc., provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada”

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Tomador

\_\_\_\_\_  
 Firma del Propuesto Asegurado Titular

**PRODUCTOR**

Nombres y Apellidos	Código	Firma
---------------------	--------	-------