SEGUROS LA PREVISORA

Previsora *Asistencia Funeraria*

Solicitud de Seguros

Fecha: ____ ____ ____ (DD MM AAAA)

☐ Individual ☐ Colectiva

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas y debidamente firmada por el Tomador y Propuesto Asegurado para evitar devolución con base en la información solicitada en esta planilla. La Compañía tomará la decisión de aceptar o no la emisión de la póliza, es por ello que le agradecemos la veracidad de sus respuestas.

I. DATOS DEL SOLICITANTE/TOMADOR

1.1. Persona Natural

1.1.1. Apellido(s) y Nombre(s)	1.1.2. C.I./Pasaporte ☐V ☐E ☐P Número:	1.1.3. Sexo ☐M ☐F

1.1.4. Estado Civil ☐S ☐C ☐V ☐D	1.1.5. Lugar de Nacimiento	1.1.6. Nacionalidad	1.1.7. Fecha de Nacimiento
1.1.8. Profesión u oficio (Especifíque)		1.1.9. Actividad Económica (Sí es comerciante indicar el Ramo)	1.1.10. Empresa donde Trabaja
1.1.11. Descripción de la Actividad Económica ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Libre ejercicio de la profesión ☐ Socio		1.1.12. Ingreso Anual (Bs.)	1.1.13. Otros Ingresos (Bs.)
1.1.14. Correo Electrónico			

1.2. Persona Jurídica

1.2.1. Razón Social	1.2.2. R.I.F. ☐J ☐G Número:
1.2.3. Actividad Económica (Sí es comerciante indicar el Ramo)	
1.2.4. Producto u Servicios que Ofrece	1.2.5. Correo Electrónico
1.2.6. Ingreso Promedio Anual (Bs.)	1.2.7. Fecha de Constitución de la Empresa
1.2.8. Nombre del Registro Mercantil	
1.2.9. Nro. del Registro	1.2.10. Nro. del Tomo

1.3. Dirección de habitación (Persona Natural) ☐ o Dirección de empresa (Persona Jurídica) ☐

1.3.1. Estado	1.3.2. Ciudad	1.3.3. Municipio	1.3.4. Parroquia	1.3.5. Urbanización

1.3.6. ☐ Avenida ☐ Calle ☐ Transversal Nombre:	1.3.7. ☐ Ctro. Comercial ☐ Edif. ☐ Local Nombre:	1.3.8. ☐ Piso ☐ Apto. ☐ Ofic. ☐ Local Número:

1.3.9. Teléfonos Hab.:	Ofic.:	Cel.:	Otro:

1.3.10. Zona Postal	1.3.11. Correo Electrónico

1.4. Dirección de oficina (Persona Natural) ☐ Representante Legal de la Persona Juridica ☐

1.4.1. Estado	1.4.2. Ciudad	1.4.3. Municipio	1.4.4. Parroquia	1.4.5. Urbanización

1.4.6. ☐ Avenida ☐ Calle ☐ Transversal Nombre:	1.4.7. ☐ Ctro. Comercial ☐ Edif. ☑ Local Nombre:	1.4.8. ☐ Piso ☐ Apto. ☐ Ofic. ☐ Local Número:

1.4.9. Teléfonos Ofic.:	Otro:	Cel.:	Otro:

1.4.10. Zona Postal	1.4.11. Correo Electrónico

1.5. ¿Cual es la dirección de cobro?

☐ Habitación ☐ Oficina ☐ Domicilio ☐ Otra:

1.6. Familiares Asegurabes

1.6.1.(01) Apellidos y Nombres	1.6.2. C.I./Pasaporte ☐V ☐E ☐P Número:	1.6.3. Sexo ☐M ☐F	1.6.4. Fecha de Nacimiento	1.6.5. Parentesco
(02) Apellidos y Nombres	C.I./Pasaporte ☐V ☐E ☐P Número:	Sexo ☐M ☐F	Fecha de Nacimiento	Parentesco
(03) Apellidos y Nombres	C.I./Pasaporte ☐V ☐E ☐P Número:	Sexo ☐M ☐F	Fecha de Nacimiento	Parentesco
(04) Apellidos y Nombres	C.I./Pasaporte ☐V ☐E ☐P Número:	Sexo ☐M ☐F	Fecha de Nacimiento	Parentesco
(05) Apellidos y Nombres	C.I./Pasaporte ☐V ☐E ☐P Número:	Sexo ☐M ☐F	Fecha de Nacimiento	Parentesco

1.7. Beneficiario(s) en Caso de Fallecimiento del Asegurado

1.7.1. Apellidos y Nombres	1.7.2. Cédula de identidad	1.7.3. Parentesco	1.7.4. % Participación

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Familiares Asegurados el Beneficiario será el Asegurado Titular

III.- COBERTURA SOLICITADA

3.1. Suma Asegurada

IV. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL SOLICITANTE Y DEL GRUPO FAMILIAR

4.1. ¿Goza usted y sus familiares a incluir, de buena salud? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, indique detalles: _____

4.2. Se encuentra actualmente usted o algunos de sus familiares de: ☐ Sí ☐ No

☐ Reposo ☐ Permiso ☐ Vacaciones

En caso de reposo o permiso, indique nombre(s) de la(s) persona (s):

Causa: _____

4.3. ¿Sufre usted o alguno de sus familiares de algún defecto físico o enfermedad? ☐ Sí ☐ No

En caso positivo, indique quien: _____

4.4. ¿Se encuentra usted, su cónyuge o alguno de sus familiares en estado de gravidez? ☐ Sí ☐ No

4.5. ¿Existe algún aspecto de su vida actual o pasada, que hace que usted o sus familiares estén o hayan estado expuestos al contagio del virus del SIDA (promiscuidad sexual, posible exposición a sangre o derivados sanguíneos infectados, bisexualidad, drogadicción, enfermedades venéreas)? ☐ Sí ☐ No

4.6. Padece o ha padecido usted o alguno de sus familiares por incluirse en la póliza de:		Sí	No
a)	Enfermedades del sistema nervioso, epilepsias, hemiplejia, psicosis, locura, desmayos, vértigos y/o convulsiones.		
b)	Enfermedades de la piel, ojos, oídos, nariz y/o garganta.		
c)	Enfermedades del sistema cardiovascular, circulación, hipertensión o hipotensión, fiebre reumática, dolores de pecho, infartos, insuficiencia cárdiaca y/o isquemia.		
d)	Enfermedades del sistema digestivo, úlcera, cólicos vesiculares, hepatitis o cirrosis del hígado, ictericia o problemas con la vesícula biliar, intestinos, estómago y/o hematemesis.		
e)	Enfermedades del sistema respiratorio, tos crónica, esputo de sangre, dificultades respiratorias, pleuresía, tuberculosis, neumonía y/o bronquitis.		
f)	Enfermedades del sistema óseo muscular, osteomietitis, dolor lumbar, osteoartritis, escolitis, artritis, reumatismo, hernias y/o lumbago.		

g)	Enfermedades del sistema endocrino, diabetes, obesidad, hipófisis, tiroides, y/o glándulas suprarenales.	Sí	No
h)	Enfermedades del sistema génito-urinario, cálculos, tumores de próstata, riñones y/o tumores mamarios.		
i)	Enfermedades venéreas contagiosas o infecciosas.		
j)	Trastornos de la sangre, tumores, excrecencias y/o cáncer.		
k)	Fiebres persistentes.		
l)	Otras enfermedades diferentes a las indicadas en esta solicitud.		

4.6.1 EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS, POR FAVOR DETALLE

4.6.1. Apellido(s) y Nombre(s) de la persona afectada	4.6.2. Enfermedad	4.6.3. Fecha de comienzo	4.6.4. Duración de la enfermedad	4.6.5. Tratamiento indicado por el médico tratante

V. INFORMACIÓN SOBRE LOS HÁBITOS DEL SOLICITANTE Y SU GRUPO FAMILIAR

5.1. ¿Usted o alguno de sus familiares por incluirse usa o ha usado morfina, heroína, LDS, u otra droga narcótica o psicoterapéutica? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique nombre(s) de la(s) persona(s): _____

¿Cuánto tiempo? _____

5.2. ¿Usted o alguno de sus familiares por incluirse consume o ha consumido bebida alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique nombre(s) de la(s) persona(s): _____

Cantidad _____ Frecuencia _____ Tiempo de consumo: _____

5.3. ¿Usted o alguno de sus familiares por incluirse fuma o ha fumado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique nombre(s) de la(s) persona(s): _____

Cantidad _____ Frecuencia _____ Tiempo de consumo: _____

VI. ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

6.1. Vivos			6.2. Muertos		
Parentesco	**Edad**	**Estado de Salud**	**Parentesco**	**Edad al Morir**	**Causa de la Muerte**
☐ Padre			☐ Padre		
☐ Madre			☐ Madre		
☐ Hijo(a)			☐ Hijo(a)		
☐ Hermano(a)			☐ Hermano(a)		
☐ Otros			☐ Otros		

VII.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR

7.1. Yo, el propuesto asegurado declaro la exactitud y veracidad de toda la información arriba expresada y que nada he omitido, ocultado o disimulado y estoy enterado que las falsedades y reticencias de mala fe por mi parte, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el asegurador de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Yo, _____, C.I. N°.: _____ en mi carácter de tomador de la póliza o, representante legal del tomador (persona jurídica con R.I.F. N°._____), declaro: Que el dinero que será utilizado para el pago de la prima, provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, a las que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo u otras leyes de la República Bolivariana de Venezuela.

Autorizo a C.N.A. de Seguros La Previsora, para requerir cualquier información relacionada a esta solicitud de seguros y relevo a los terceros, cuya información será requerida, de la obligación de guardar el secreto profesional y así como de toda responsabilidad que pudiera derivarse del uso que haga la aseguradora de tales informaciones.

Lugar_____ día_____ de _____ de 20_____

TOMADOR		PROPUESTO ASEGURADO	
_____ Firma	Huella dactilar	_____ Firma	Huella dactilar

VIII.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Apellidos y nombres: _____

C.I. N°.:_____V___E___código del intermediario: _____.

8.1 Declaro que todos los datos registrados en la presente solicitud de seguros a mi leal saber y entender son ciertos, correctos, verificables y que las firmas que se avalan son auténticas y veraces.

Lugar_____ día_____ de _____ de 20_____

Artículo 185, numeral 3, del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de la Ley de la Actividad Aseguradora: “Serán penados con prisión de dos a seis años:

(….)

3. El intermediario de seguros, que haya incurrido en fraude en el ejercicio de sus funciones. Si el intermediario es una persona jurídica, la sanción por el ilícito se aplicará al presidente o presidenta, administradores o administradoras, ejecutivos o ejecutivas, directores o directoras, gerentes, factores y otros empleados o empleadas de rango similar, responsables del fraude”.

_____
Firma del Intermediario

Huella dactilar