

**SOLICITUD DE SEGUROS DEL ANEXO DE
COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS**

I. DATOS DEL TOMADOR					
Apellidos y Nombres/ Razón Social:					Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica
Nro. de CI./Pasaporte/RIF:		Nro. de NIT:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:	
Lugar de Nacimiento:		País:	Nacionalidad:		Ingreso Promedio Anual (Bs.F.): <input type="checkbox"/> <10 M <input type="checkbox"/> >10 M <input type="checkbox"/> >30 M <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):		Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Datos del Registro Mercantil (Personas Jurídicas)					
Nombre del Registro Mercantil:			Fecha:	Nro.:	Tomo:
País:	Estado:	Ciudad:	Actividad a la cual se dedica:		Ingreso Anual (Bs.F.):
Representante Legal de la Empresa					
Apellidos y Nombres:		N° de Cédula / Pasaporte:		Cargo que Ocupa en la Empresa:	
Fecha y N° del Oficio en que fue designado por la Junta Directiva como Representante Legal:					

II. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN			
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de la Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada
Teléfono de Habitación-Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

III. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA			
Nombre de la Empresa donde Trabaja:		Cargo que Desempeña:	
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Oficina:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

IV. DIRECCIÓN DE COBRO			
<input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otra: Indique:			
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Hab., Ofic. U Otra:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

V. DOCUMENTOS A CONSIGNAR

Persona Natural:

Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte.

Persona Jurídica:

Copia del RIF/ NIT.

Copia de los Documentos Constitutivos de la Empresa y Modificaciones Posteriores.

Copia del Documento en el cual se designa el Representante Legal de la Empresa.

Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte del Representante Legal de la Empresa.

VI. DATOS DE PERSONAS ASEGURABLES

N°	Apellidos y Nombres	N° C.I.	*Sexo	Fecha de Nac.	**Parentesco	Teléfono
1						
2						
3						
4						
5						
6						

* F: Femenino M: Masculino ** T: Titular C: Cónyuge H: Hijo (a)

En caso de emergencia avisar a: Apellidos y Nombres: _____ Teléfono: _____

VII. DIRECCIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURABLES

Están residenciados en la misma dirección del tomador de la Póliza? Si No

En caso negativo suministre la dirección.

1	
2	
3	
4	
5	
6	

VIII. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nro. del Asegurado	Apellidos y Nombres	Nro. C.I.	*Sexo	Fecha de Nac.	**Parentesco	% Distribución	Teléfono

* F: Femenino M: Masculino ** T: Titular C: Cónyuge H: Hijo (a)

NOTA: En caso de familiares suscritos los beneficiarios serán sus herederos legales.

IX. DIRECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOSEstán residenciados en la misma dirección del tomador de la Póliza? Si No

En caso negativo suministre la dirección.

Nombre del Beneficiario

Dirección

X. PLAN SOLICITADO

Tipo:

 Familiar Individual

Modalidad: (Servicio Básico)

 Accidente Cualquier causa

Servicio Adicional:

 Inhumación Cremación

Suma Asegurada (Servicio Básico):

Suma Asegurada (Servicio Adicional):

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Vigencia del Contrato:

Desde: _____ Hasta: _____

Frecuencia de Pago:

 Mensual Trimestral Semestral AnualForma de Pago: Contrato Master Card Visa Tarjeta N° _____**XI. DECLARACIÓN DE FE**

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formara parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

Firmado en _____ el día ____ del mes de _____ del año _____

Firma del solicitante o Representante Legal

C.I. N° _____

Cargo _____

Firma del Intermediario de Seguros

Código N° _____

(Sello de la Compañía)