

SOLICITUD DE SEGURO SERVICIOS FUNERARIOS INDIVIDUAL

CODIGO: FO-PER-02	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 1/3	

REQUISITOS NECESARIOS PARA LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA

- Formulario de Solicitud de Seguro, completamente lleno, sin borrones ni tachaduras. No escribir en los espacios sombreados.
- Cotización, si existe.
- Fotocopia de las Cédulas de Identidad del Propuesto Tomador y del Propuesto Asegurado Titular.
- En caso de practicar deportes o tener ocupación riesgosa, incluir información Complementaria detallada.
- En caso de respuestas afirmativas en la Declaración de Salud, incluir informe médico detallado y sus tratamientos.
- Firmar formulario, idénticamente igual como aparece en la C.I.

Esta solicitud de seguro está sujeta a prueba de asegurabilidad, con base en la información suministrada por el Propuesto Asegurado Titular.

I. DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR

Nombre y Apellido o Razón Social:	(Cédula de Identidad / Registro de Información Fiscal) C.I./RIF:
(En caso de ser persona jurídica) Documento Constitutivo y Estatutos Sociales:	
Dirección de Habitación:	Teléfono:
Dirección de Oficina:	Teléfono:
Actividad Económica, Comercial o Profesional:	Ingresos Anuales:

SI EL PROPUESTO TOMADOR ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

(Nombre de persona autorizada por la empresa) Representante Legal:	(Cédula de Identidad) C.I.:
Dirección Habitación:	Teléfono:

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Nombre y Apellidos:			C.I.: ☒ V ☒ E ☐		
Fecha Nacimiento:	Edad:	Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:		
Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ Otro ☐ _____		Estatura:	Peso:	
Profesión:		Ocupación Actual:		Ingresos Anuales:	
Dirección Habitación:				Teléfono:	

III. FAMILIARES ASEGURABLES

Nombres y Apellidos	C.I.	Sexo (F o M)	Fecha Nacimiento	Edad	Parentesco

IV. COBERTURAS y SUMAS ASEGURADAS

TIPO DE PLAN: Servicios Funerarios: ☐ Económico ☐ Medio ☐ Óptimo ☐ Superior ☐ Lujo ☐ Premium Servicios Inhumación: ☐ Bs. 780.000 ☐ Bs. 2.200.000 ☐ Bs. 3.000.000					
Tipo de Prima : ☐ INDIVIDUAL ☐ GRUPO FAMILIAR			Desea contratar las siguientes coberturas:		
COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	SI	NO
SERVICIOS FUNERARIOS		SERVICIO ODONTOLÓGICO	SEGÚN ANEXO		
SERVICIOS DE INHUMACIÓN		SERVICIO AEROAMBULANCIA	SEGÚN ANEXO		
TOTAL PRIMA ANUAL SEGURO SERVICIOS FUNERARIOS			Bs.		

SOLICITUD DE SEGURO SERVICIOS FUNERARIOS INDIVIDUAL

CODIGO: FO-PER-02	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 2/3	

V. DECLARACIÓN DE SALUD DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS

Usted o la(s) persona(s) a incluirse padece(n) o ha(n) padecido de alguna(s) de las siguientes afecciones:		SI	NO
A.	Enfermedades del sistema digestivo (gastritis, úlceras, trastornos hepáticos, vesícula biliar, litiasis, hemorroides, páncreas, colon, recto, esófago, hernia hiatal, apendicitis, diarreas recurrentes.)	☐	☐
B.	Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, infarto, angina de pecho, arteriosclerosis, insuficiencias coronarias o cardíacas, tromboflebitis, afecciones vasculares, fiebre reumática, soplos, hemorragias cerebrales, palpitaciones, arritmias cardíacas, trastornos de circulación, varices, flebitis.	☐	☐
C.	Enfermedades respiratorias (tos crónicas, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria, neumonía)	☐	☐
D.	Enfermedades de la piel, ojos, nariz, oídos, garganta (desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, amigdalitis, rinitis, cataratas, presbicia, miopía, astigmatismo, otitis recurrentes.)	☐	☐
E.	Enfermedades venéreas contagiosas o infecciosas (sífilis, blenorragia u otras enfermedades de transmisión sexual, enfermedades del sistema inmunológico, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)).	☐	☐
F.	Trastornos endocrinos (diabetes, obesidad, hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales)	☐	☐
G.	Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, apoplejía, hemiplejía, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, polineuritis, síndrome de Down, alcoholismo, derrame cerebral, mareos, vértigo, drogadicción, delirium tremens.)	☐	☐
H.	Trastornos renales o del sistema urinario (cálculo, próstata, uretra, riñones, vejiga, varicoceles, incontinencia urinaria, enfermedades en los órganos reproductores, sangre o albúmina en la orina)	☐	☐
I.	Trastornos en la sangre, tumores, cáncer.	☐	☐
J.	Enfermedades osteomusculares (desviación de la columna, artritis, reumatismo, hernias discales y hernias de otros, gotas, tumores)	☐	☐
K.	Enfermedades propias de la mujer (alteraciones menstruales, fibroma, glándulas mamarias, trompas, ovarios, útero, prolapso, endometriosis, sangrados vaginales anormales)	☐	☐
L.	Defectos físicos congénitos o adquiridos (trastornos del desarrollo psicosomáticos, dificultades motrices)	☐	☐
M.	Enfermedades del Sistema Neurológico (Desmayos, convulsiones, jaquecas, lesiones en la cabeza, desórdenes del cerebro, crisis nerviosa, enfermedades y desórdenes mentales, dificultades motrices, de lenguaje y de aprendizaje)	☐	☐
N.	Alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores	☐	☐
O.	Se ha sometido alguna vez a intervención quirúrgica.	☐	☐
P.	Ha sido hospitalizado en los últimos cinco (5) años	☐	☐
Q.	Se ha practicado exámenes especiales diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio en los últimos cinco (5) años	☐	☐
R.	Ha tenido, accidentes, heridas o fracturas	☐	☐
S.	Usted o alguna de las personas a incluirse es sorda, muda, lisiada o mutilada en alto grado	☐	☐
T.	Tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento en los próximos seis (6) meses	☐	☐
U.	En caso de ser mujer ¿Está usted embarazada? Indique Nº de meses _____	☐	☐
V.	Le ha sido rechazada alguna solicitud de seguro de hospitalización, vida, accidentes personales o servicios funerarios. Indique en qué compañía _____	☐	☐
W.	Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio o casa de reposo para: descanso, tratamiento, observación o diagnóstico	☐	☐

EN CASO DE HABER RESPONDIDO ALGUNA PREGUNTA AFIRMATIVAMENTE, FAVOR DETALLARLA:

Pregunta Nro.	Nombre de la Persona a Asegurar	Causa o Diagnóstico	Tratamiento	Fecha del Diagnóstico	Nombre de la Clínica o Médico Tratante

SOLICITUD DE SEGURO SERVICIOS FUNERARIOS INDIVIDUAL

CODIGO: FO-PER-02	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
18/06/2020	2
PÁGINA: 3/3	

Yo, El Propuesto Tomador y/o El Propuesto Asegurado Titular declaro, que:

- He leído cuidadosa y totalmente, todas las preguntas consignadas en el presente interrogatorio y que mis respuestas son verdaderas, amplias completas y exactas.
- Que no he omitido, ocultado ni disimulado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo que pueda modificar la opinión de El Asegurador sobre el riesgo a asumir.
- Que esta solicitud es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima correspondiente, formando parte integrante del Contrato, y que cesa la responsabilidad de El Asegurador, siendo nulo este Contrato en caso de fraude o de declaración falsa de mala fe (aplicable a las Cláusulas de Exención de Responsabilidad, Falsedades y Reticencias de mala fe de las Condiciones Generales de las Pólizas).
- Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar el secreto médico.
- Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos del presente seguro.
- Yo, el Propuesto Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en el Art. 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha de la Solicitud: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del Propuesto Tomador

Firma del Propuesto Asegurado Titular

Nombre del Intermediario

Código

Firma

VI. AUTORIZACIÓN Para el envío de Mensajería de Texto

Yo, _____, en calidad del Propuesto Tomador, autorizo a Seguros Caroní, S.A., a realizar envíos de mensajes de texto al número de teléfono: (041____) _____, con la finalidad de contribuir con la gestión de cobro de las pólizas que mantenemos, así mismo le autorizo el envío de correos electrónicos al email: _____, para el envío de información relacionada con la póliza.

Firma y Fecha

Estatus de la Solicitud:

☐ Aceptada ☐ Pospuesta ☐ Rechazada Por: _____

Fecha de Estatus:

_____/_____/_____

Oficina:

Nº de Póliza

Fecha de inicio de la póliza: ____/____/_____