



SEGUROS ALTAMIRA, C.A.
INSCRITO EN EL MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL No. 107
R.I.F. No. J-300052236-9
CAPITAL PAGADO 66.196.000,00

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SERVICIOS FUNERARIOS

Fecha de la Solicitud			Fecha de la Vigencia				Código de Ramo:	Intermediario:	Código:	Fecha de Recibido:
Día	Mes	Año	Desde		Hasta		Sucursal:			

DATOS DE EL TOMADOR

Nombres Apellidos o Razón Social:							Nº de Cédula de Identidad o R.I.F.:			
Dirección:							Teléfono(s)		E-mail:	
Ocupación y/o Índole				Capacidad Económica y/o Ingreso				Fax:		
Dirección de Pago de la Prima:										

DATOS DE EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:							Nº de Cédula de Identidad:					
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad:		Sexo:		Estado Civil			
							F	M	C	S	D	O
Profesión :			Ocupación:		Estatura:		Peso:		Es Zurdo?		Si	No
Principales labores de su Ocupación:							Teléfono(s):		E-mail:			
Dirección:							Dirección de Pago de la Prima:					
Fuera de su Ocupación habitual: ¿Tiene otra Ocupación? Si No en caso afirmativo, de detalles:												
Maneja usted vehículo automotor? Si No En caso afirmativo, indique: Particular: Alquiler: Carga Otro												
Horas diarias aproximadas de manejo												

¿Viaja usted como Pasajero en Aviones, Avionetas o Helicópteros Particulares? Si No
 En caso afirmativo, indique: ¿Con que frecuencia?

¿Posee Título de Aviador? Si No En caso afirmativo, indique: Tipo de Licencia de Aviación Horas de vuelo:

¿Utiliza Lanchas u otro tipo de Embarcaciones fluviales, marítimas o lacustre? Si No En caso afirmativo, indique: Con que fin y la frecuencia del uso

Desea contratar alguna de las siguientes coberturas opcionales, Ud puede escoger una o las dos, según lo desee:
 Anexo de Cobertura por Muerte Accidental: Si No Para Usted Para su Grupo Familiar
 Anexo de Cobertura para Gastos de Repatriación: Si No Para Usted Para su Grupo Familiar

PERSONAS A ASEGURAR

Mediante la presente opción, el Asegurado podrá incluir en el amparo de su Póliza a su Cónyuge, sus Padres y/o los Padres de su Cónyuge, menores de 65 años de Edad y a sus Hijos, Hermanos o Nietos menores de 25 años de edad y cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente o que sea persona a su servicio, menor de 65 años .

Familiar Nro.	Nombres y Apellidos	Parentesco con el Asegurado Titular	Nº de C.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo	
					M	F
1						
2						
3						
4						
5						

Familiar Nro.	Peso (Kgs.)	Estatura (Cms)	Es Zurdo?	Edad	Breve descripción de sus Ocupaciones:
1					
2					
3					
4					
5					

BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO

Apellidos y Nombres	Nro. Cédula de Identidad	Parentesco	% de la Suma Asegurada	Observaciones

DECLARACIÓN DE SALUD (Preguntas)

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o Desórdenes?

1.- ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del Sistema Respiratorio? SI NO	9.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? SI NO
2.- ¿Dolores de Pecho, hipertensión arterial, fiebre Reumática, soplo cardiaco, ataques cardiacos u otras enfermedades o desórdenes del Corazón o del Sistema Circulatorio? SI NO	10.- ¿Ha sido objeto de diagnóstico o tratamiento por un médico como afectado por el síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA? SI NO
3.- ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, dolor de cabeza, u otras enfermedades o desórdenes del Cerebro o del Sistema Nervioso o Trastornos mentales? SI NO	11.- ¿Está o recientemente fue recluida en alguna Institución Médica o padece de deformaciones o mutilaciones? SI NO
4.- ¿Albúmina o sangre en la orina, u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas? SI NO	12.- ¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos? SI NO
5.- ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumores o cáncer? SI NO	13.- ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrino? SI NO
6.- ¿Alergias, anemias u otros desórdenes sanguíneos? SI NO	14.- ¿Se encuentra en estado de gestación o ha tenido abortos? SI NO
7.- ¿Ictericia, hemorragia Intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, ingestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar? SI NO	15.- ¿Ha sufrido algún Accidente recientemente? SI NO
8.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? SI NO	16.- ¿Ha estado hospitalizado en algún centro hospitalario público o privado recientemente? SI NO

DECLARACIÓN DE SALUD (Complemento a Respuestas Afirmativas)

Si alguna de las Respuestas en el cuadro anterior de preguntas fue afirmativa, favor complementarla en el siguiente recuadro

Nombre de la Persona a Asegurar y Número de la Pregunta	Condición y Complicación (Indique si fue operado)	Fecha de Comienzo de la Afección	Nombre y Dirección de Médicos e Instituciones Médicas que le han atendido

DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse alguna vez ha consultado, ha estado o esta actualmente bajo observación o tratamiento o ha sido examinado por algún médico psiquiatra o psicólogo? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Usted o alguna las personas a Asegurarse ha practicado o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóvil? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

¿Alguna de las personas a Asegurarse reside fuera de la dirección residencial declarada en esta solicitud? SI NO .En caso afirmativo, indique cual o cuales personas, motivos y dirección:

¿Usted o alguno de las personas a Asegurarse fuma cigarrillos? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y cantidad diaria:

¿Usted o alguna de sus las personas a Asegurarse dejo el hábito de fumar cigarrillos? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y cantidad diaria que fumaba:

¿Usted o alguna de las personas a Asegurarse toma bebidas alcohólicas? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales persona(s) y la cantidad diaria, semanal o mensual:

¿A Usted o alguno de las personas a Asegurarse se le ha aconsejado alguna prueba diagnostica, hospitalización o cirugía que no ha llevado a cabo? SI NO . En caso afirmativo, indique cual o cuales personas y detalles:

OTROS DATOS NECESARIOS

¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Vida, Salud, Funerarios y/o Accidentes Personales? SI NO
En caso afirmativo, indique la(s) personas, la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y los Capitales Asegurados:

¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna Solicitud de Seguro de Vida, Salud, Funerarios y/o Accidentes Personales? SI NO . En caso afirmativo, de detalles:

¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada o anulada alguna Póliza de Seguro de Salud, Funerarios y/o Accidentes Personales? SI NO . En caso afirmativo, de detalles:

OTROS SEGUROS DE PERSONAS

Favor indicar que otras Poliza de Seguro mantiene usted vigente con Seguros Altamira u otra(s) Compañía(s) de Seguros

Compañía	Nº de Póliza	Suma Asegurada

Observaciones y/o explicación de detalles:

Yo el Propuesto Asegurado Titular declaro formalmente, mediante la firma de esta solicitud, la cual formara parte integrante de la Póliza de ser emitida que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad el riesgo con el fin de influenciar a **LA COMPAÑÍA** para que suscriba la Póliza.

Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptación del riesgo por parte de **LA COMPAÑÍA** ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada a menos que antes hubiere hecho una proposición; no obstante, si dicha Póliza fuese emitida esta solicitud servirá como base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

DECLARACION DE FE DEL TOMADOR: Yo el Tomador declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias, Estupefacientes y Psicotrópicas.

INTERMEDIARIO

EL PROPUESTO ASEGURADO

TOMADOR

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador,
Pisos 1,2,3 y PH, Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital.

Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas, mediante Oficio Nro. , de fecha de de .