



Solicitud de Seguro Solidario Funerario

Nº DE PÓLIZA:

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer apellido:		Segundo apellido o de casada:	
Primer nombre:		Segundo nombre:	
Nº de cédula de identidad /Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de nacimiento	Edad:	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:

Peso (kg):	Estatura (cm):	Deportes que practica:	
Población asegurable (seleccionar sólo una): <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Adulto(a) mayor de 60 años <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Con enfermedad física <input type="checkbox"/> Con enfermedad mental <input type="checkbox"/> Otro, Especifique:			
¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Indique Monto:	
Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):			
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente			
Profesión:		Oficio u ocupación:	
¿Realiza trabajos manuales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:			
Ingreso promedio anual esperado:			
Dirección de habitación calle/Avenida:		Urbanización/Sector:	Casa/Edificio:
Piso:	Apartamento Nº:	Ciudad:	Municipio:
Estado:	Código postal:	Teléfono habitación: () ()	Teléfono celular: () ()
Dirección de correo electrónico personal:			
Dirección de trabajo:			Ciudad:
Municipio:	Estado:	Código postal:	Teléfono oficina: () ()
Dirección de correo electrónico laboral:			

Si posee un contrato de seguros funerarios con otra empresa, responda lo siguiente:

Empresa:	Nº contrato:	Monto de la cobertura:	Deducible:	Tipo de póliza:
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa? Si No

Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____

Dirección de cobro:

Habitación Oficina Otra; Especifique: _____

Forma de pago:
 Anual Semestral Trimestral Mensual

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar N° de cuenta y Banco correspondiente:

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar N° de tarjeta y Banco correspondiente:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)					
Apellidos y nombres:				N° Cédula de identidad / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Dirección de habitación/Calle/Avenida:			Urbanización/Sector:		
Casa/Edificio:	Piso:	Apartamento N°:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de habitación: ()		Teléfono celular: ()		Teléfono de oficina: ()	
FAX: ()		Dirección de correo electrónico:			

DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA PÓLIZA											
N°	Apellidos y nombres	Sexo	N° C.I. o pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura (cm)	Peso (kg)	Profesión u ocupación
					Día	Mes	Año				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

REPORTE DE PATOLOGÍAS Y ENFERMEDADES

Indique si usted y/o algún familiar a incluir en la póliza presenta alguna enfermedad

Apellidos y nombres	Enfermedad o patología

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

Nº	Apellidos y nombres	Nº C.I.	Parentesco	Fecha de nacimiento			% Participación
				Día	Mes	Año	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
Total porcentaje de participación							100%(*)

(*) La sumatoria de los porcentajes de participación deben corresponder al 100% del porcentaje total, en caso contrario, éste será repartido proporcionalmente entre el número total de beneficiarios de la póliza. Si el Titular de la póliza desea efectuar modificaciones a los porcentajes de participación asignados, deberá especificar la nueva distribución en base a lo requerido para cada beneficiario.

DECLARACIONES

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a **SEGUROS QUALITAS C.A** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **SEGUROS QUALITAS C.A** para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Huella dactilar del pulgar del Tomador

El Tomador / El Solicitante
Firma:
Cédula de Identidad N°

El Representante Legal (en caso que lo amerite)
Firma:
Cédula de Identidad N°

El Intermediario de Seguros
Firma:
Código y Sello

SÓLO PARA USO DEL ASEGURADOR

CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA

Firma del representante de la empresa de seguros :	Sello:	Fecha: