

SOLICITUD DE SEGUROS DE PERSONAS INDIVIDUAL

Tipo de Póliza: Individual _____ Colectivo _____ Modificación _____	Fecha de la Solicitud / / Sucursal _____ Vigencia: Desde _____ Hasta _____
---	--

Con base a la información requerida en esta planilla, **Seguros Pirámide, C.A.**, tomará la decisión de aceptar o no la emisión de la Póliza, es por ello que le agradecemos que esta solicitud sea llenada en todas sus partes con letra legible y sin efectuar tachaduras ni enmiendas.

Seguros a Suscribir: SALUD () VIDA () ACCIDENTES PERSONALES () GASTOS FUNERARIOS ()

I. DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Apellidos y Nombres o Razón Social			
Nombre de la Empresa Contratante(en caso de seguro colectivo):		Actividad Económica:	
		C.I.o Pasaporte o R.I.F:	
Dirección de la Empresa:			
Teléfono de Oficina:	Correo Electrónico:	Ciudad:	Estado:
Dirección de Cobro:			Ingreso Anual:

II. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos:			Nombres:		
C. I. o Pasaporte	V		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Relación con el Tomador:
	E				
Fecha de Nacimiento: / /			Edad:		Nacionalidad:
Dirección de Habitación:					
Teléfono:		Correo Electrónico:		Ciudad:	Estado:
Teléfono Celular:					
Nombre de la Empresa donde Trabaja:					Fecha de Ingreso: / /
Profesión u Oficio:				Ingreso Anual:	

III. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos:			Nombres:		
C. I. o Pasaporte	V		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Relación con el Tomador:
	E				
Fecha de Nacimiento: / /			Edad:		Nacionalidad:
Dirección de Habitación:					
Teléfono:		Correo Electrónico:		Ciudad:	Estado:
Teléfono Celular:					
Nombre de la Empresa donde Trabaja:					Fecha de Ingreso: / /
Profesión u Oficio:				Ingreso Anual:	

IV. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A INCLUIR EN EL SEGURO DE SALUD Y GASTOS DE ENTIERRO

	Parentesco	Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Estatura (Mts.)	Peso (Kgs.)
1	TITULAR					
2						
3						
4						

V. COBERTURAS

1.- Seguro de Salud

	Suma Asegurada Bs.	% reembolso	Deducible Bs.
Cobertura Básica			
Hospitalización y Cirugía <input type="checkbox"/>			
Coberturas Opcionales			
Maternidad <input type="checkbox"/>			
Gastos Funerarios <input type="checkbox"/>			
Accidentes Personales <input type="checkbox"/>			
Medicina Preventiva <input type="checkbox"/>			
Servicio Odontológico <input type="checkbox"/>			
Otro () <input type="checkbox"/>			

2.- Vida

Cobertura Básica	
Vida	Suma Asegurada :
Coberturas Adicionales	
Muerte Accidental y Desmembramiento <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Beneficio por Fallecimiento de Familiares <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Exención de pago de primas por Incapacidad <input type="checkbox"/>	

3.- Accidentes Personales

Cobertura Básica	
Muerte Accidental <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada :
Invalidez Permanente <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada :
Coberturas Opcionales	
Indemnización Semanal por Accidente <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Gastos Médicos y Farmacéuticos <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Gastos por Fallecimiento <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Fallecimiento Conjunto <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Gastos de Repatriación <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:

4.- Gastos Funerarios

Cobertura Básica	
Gastos Fúnebres <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada :
Coberturas Opcionales	
Fallecimiento del Asegurado <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Muerte Accidental Hijos menores <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Gastos por Inhumación <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:
Gastos de Repatriación <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada:

VI. OTROS SEGUROS – ACTIVIDADES Y DEPORTES

- ¿Mantiene Ud. o alguna de las personas incluidas en esta solicitud Póliza de Salud, Vida, Accidentes o Gastos de Entierro en esta u otra Compañía de Seguros? Si _____ No _____ En caso afirmativo, indique la Compañía _____
- ¿Usted o alguna de las personas incluidas en esta solicitud practica algún deporte? Si _____ No _____ Especifique: _____

VII. BENEFICIARIOS EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% de la Suma Asegurada

VIII. DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

Fuma actualmente? SI <input type="checkbox"/> Cantidad diaria: _____ NO <input type="checkbox"/>		Fué Fumador? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuándo lo dejó? _____	
Ingiera bebidas alcohólicas? Especifique tipo y cantidad Nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/>			
Ha usado o usa drogas que formen hábito? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____ Razón de Uso: _____			
Ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres(3) años? ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuánto: _____ Kgs. Aumento <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Por qué causa? Dieta <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Indique Patología: _____			
Tiene Ud. algún impedimento o defecto físico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Se encuentra Usted en aparente buen estado de salud? En caso negativo indique por qué? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Ha sido sometido a una intervención quirúrgica o ha acudido al médico por alguna enfermedad durante los últimos tres(3) años? En caso afirmativo, indique la afección sufrida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Algún miembro de su familia ha sufrido de tumores malignos, enfermedades del corazón, infartos, derrames, hipertensión arterial, gota, dislipidemias, diabetes, tuberculosis, alcoholismo, desordenes mentales? En caso afirmativo indique el parentesco, enfermedad y estado actual. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Indique si Usted o alguna de las personas a asegurar ha padecido o padece de alguna de las siguientes afecciones: (Indique quién según el N° del parentesco del cuadro "Grupo Familiar a incluir")			
1. Infarto al miocardio, angina de pecho, hipertensión arterial, arterioesclerosis, insuficiencia cardíaca, tromboflebitis, afecciones vasculares, soplos, hemorragia cerebral o cualquier otra enfermedad cardíaca o circulatoria?			
2. Tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria neumonía o cualquier otra enfermedad respiratoria?			
3. Úlceras, gastritis, trastornos hepáticos, litiasis vesicular, hemorroides, o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo?			
4. Algún tumor maligno o benigno, trastornos en la sangre?			
5. Accidente cerebro vascular, epilepsia, parálisis, hemiplejía, psicosis, depresión o cualquier otra enfermedad del sistema nervioso o mental?			
6. Molestias en la columna vertebral o en la espalda, en algún hueso o articulación o cualquier otra afección del sistema musculoesquelético?			
7. Glaucoma, enfermedades de la retina o cualquier otra enfermedad de los ojos?			

8. Enfermedades ginecológicas o del tracto genitourinario?			
9. Enfermedades de la tiroides, obesidad, dislipidemias, trastornos hormonales, diabetes, gota			
10. Cualquier otra enfermedad?			
Ha sufrido Usted de alguna enfermedad o accidente que le resultare una incapacidad?			
Alguna vez se le ha practicado o se le recomendó que se le practicara una intervención quirúrgica, o se ha practicado exámenes diagnósticos durante los últimos tres(3) años?			
Ha sido diagnosticado positivo de HIV (Sida) o se ha sometido a algún análisis o recibido tratamiento por alguna enfermedad de transmisión sexual?			
Si es mujer: Esta Usted embarazada? N° de meses			
Detalles sobre las preguntas anteriores cuya respuesta haya sido afirmativa (Indique el N° de Parentesco)			
N° Pregunta	Detalles (Causa o diagnóstico, Médico tratante, Fecha de inicio, Fecha de terminación, tratamiento, Hospital o Clínica)		

Yo, el solicitante del seguro declaro:
<ul style="list-style-type: none"> 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 ni disimulado ningún hecho o circunstancias en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a asumir por el seguro solicitado. Conocer el plan de seguro escogido y acepto que la responsabilidad de Seguros Pirámide, C.A., comienza después de haberse emitido el respectivo Cuadro recibo de la Póliza y pagado la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad y autorizo a esta Empresa de Seguros, a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud, a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o me asistan en el futuro, y relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

Yo, el Tomador declaro bajo fe de juramento, que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza cuya suscripción solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con valores, títulos o beneficiarios derivados de actividades ilícitas o de delito(s) previsto(s) en el Marco Legal vigente o en las que en un futuro fueren aplicables.

Fechado en _____ el _____ de _____ del año _____

Firma del Tomador
C.I. :

Firma del Solicitante
C.I.:

Firma del Intermediario
Código: